Nuansa Fajar Cemerlang

ISSN 3063-4946

Bookchapter Maternitas

Volume 3, Nomor 1, Agustus 2026

BOOKCHAPTER MATERNITAS

Elizar, SST.,STr.Keb.,MPH
Regina Ayu Fristiyanti, S.Keb., Bdn., M.Keb
Siti Juariah, S.ST., M.H.Kes., Bd
Ns. Trihaningsih Puji Astuti, S.Kep., M.Kep.
Arini Sri Wahyuni, S.ST., M. KM
Dr. Melyana Nurul Widyawati, S.SiT., Bdn, M.Kes.
Sulikah, S.ST., M.KES
Dr. Mukhoirotin, S.Kep.,Ns., M.Kep
Pearly Otis Putri Oktaviani, S.ST., M.Kes., Bd.
Winda Ayu Fazraningtyas, Ns., MSN., Ph.D.
Drg. Arnetty, M.Kes
Bd. Dita Anggriani Lubis, S.Tr.Keb., M.K.M, CTM-BM
Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep
Bdn. Jasmiati, SST., M.Keb
apt.Rahmadani, S.Farm.,M.Farm
Ns. Muaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. Mat
Yeni Yulistanti, S.Kep, Ns, M.Tr.Kep
Ns. Prima Trisna Aji,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
Siti Hajrianti,S.S.T.Keb.M.Tr.Keb
Bdn. Nurul Lidya, SST., M.Kes

Nuansa Fajar Cemerlang
PT Nuansa Fajar Cemerlang

Book Chapter Maternitas

Nama Jurnal : Book Chapter Maternitas
Volume & Nomor : Volume 3, Nomor 1, Agustus 2026
ISSN : ISSN 3063-4946
Tahun Terbit : 2026
Jumlah halaman : 399
Ukuran Book Chapter : A4

1. Continuity of Care dalam Pelayanan Ibu dan Bayi Baru Lahir
2. Respectful Maternity Care: Transformasi Pelayanan Persalinan Berbasis Hak Asasi Manusia, Bermartabat dan Berpusat pada Perempuan
3. Etika, Komunikasi, dan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Maternitas
4. Dukungan Keluarga dalam Kehamilan, Persalinan, dan Masa Nifas
5. Inovasi Digital Health dalam Pemantauan Kehamilan dan Edukasi Ibu Hamil
6. Optimalisasi Kelas Ibu Hamil dalam Meningkatkan Kesiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
7. Persiapan Persalinan Aman dan Pencegahan Tiga Terlambat
8. Kehamilan pada Usia Risiko Tinggi
9. Kehamilan Remaja dan Dampaknya terhadap Kesehatan Ibu serta Bayi
10. Kesehatan Mental Perinatal pada Ibu Hamil dan Nifas
11. Strategi Kesiapan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu Hamil Menghadapi Krisis Iklim dan Bencana
12. Gizi Ibu Hamil dalam Pencegahan Stunting Sejak 1000 Hari Pertama Kehidupan
13. Anemia pada Ibu Hamil dan Strategi Pencegahannya
14. Strategi Pencegahan Anemia Pada Ibu Hamil Sebagai Upaya Menurunkan Risiko Stunting Dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
15. Diabetes Melitus Gestasional dan Pola Hidup Sehat pada Ibu Hamil
16. Preeklampsia dan Eklamsia: Tantangan Pelayanan Kehamilan Berisiko Tinggi
17. Persalinan Sectio Caesarea: Indikasi, Edukasi, dan Pemulihan Ibu
18. Pencegahan dan Penanganan Perdarahan Postpartum dalam Praktik Maternitas
19. Perawatan Masa Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas
20. Promosi Air Susu Ibu Eksklusif dan Dukungan Menyusui bagi Ibu Bekerja

Copy Editor : Luthfi Kurniawan
Proofreader : Luthfi Kurniawan
Penata Isi : Luthfi Kurniawan
Desainer Sampul : Luthfi Kurniawan

Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang
Copyright © 2026
Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang

Jurnal ini diterbitkan di bawah lisensi **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).**
Lisensi ini mengizinkan berbagi, menyalin, mendistribusikan karya turunan untuk penggunaan nonkomersial, dengan atribusi yang sesuai dan lisensi yang sama.
Informasi lebih lanjut: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Diterbitkan oleh:
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F, Jl. S. Parman Kav 22-24, Kecamatan Palmerah, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10340
Email: artikeloptimal@gmail.com
Website: nuansafajarcemerlang.com

ISSN 3047-3195

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI v
PENGANTAR PENERBIT xi
KATA PENGANTAR xii
PRAKATA xiii
BAB I Continuity of Care dalam Pelayanan Ibu dan Bayi Baru Lahir 1
A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi: Tantangan dan Urgensi 1
B. Konsep dan Komponen Continuity of Care dalam Kebidanan 2
C. Efektivitas Continuity of Care terhadap Luaran Ibu dan Bayi Baru Lahir 4
D. Implementasi Continuity of Care dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia 5
E. Asuhan Bayi Baru Lahir sebagai Komponen Esensial Continuity of Care 7
F. Penutup 8
Referensi 9
BAB II Respectful Maternity Care: Transformasi Pelayanan Persalinan Berbasis Hak Asasi Manusia, Bermartabat dan Berpusat pada Perempuan 11
A. Pendahuluan 11
B. Konsep dan Filosofi Respectful Maternity Care 12
C. Landasan Hak Asasi Manusia dalam Pelayanan Persalinan 14
D. Prinsip-Prinsip Respectful Maternity Care 16
E. Bentuk Disrespect dan Abuse dalam Pelayanan Persalinan 20
F. Implementasi Respectful Maternity Care dalam Persalinan 23
G. Strategi Penguatan dan Implementasi Respectful Maternity Care 25
H. Tantangan dan Arah Pengembangan Respectful Maternity Care 26
I. Penutup 28
Referensi 28
BAB III Etika, Komunikasi, dan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Maternitas 32
A. Etika dan Keselamatan sebagai Fondasi Pelayanan Maternitas 32
B. Prinsip Etika, Hak, dan Pengambilan Keputusan Klinis 34
C. Komunikasi Terapeutik dan Pengambilan Keputusan Bersama 36
D. Komunikasi Interprofesional, Serah Terima, dan Eskalasi 38

E. Manajemen Risiko pada Kontinuum Pelayanan Maternitas 39
F. Respectful Maternity Care, Privasi, dan Perlindungan Kelompok Rentan 41
G. Budaya Keselamatan, Pelaporan Insiden, dan Pembelajaran 43
H. Implementasi dalam Praktik Kebidanan dan Penutup 45
Referensi 48
BAB IV Dukungan Keluarga dalam Kehamilan, Persalinan, dan Masa Nifas 52
A. Urgensi Dukungan Keluarga dalam Kesehatan Maternal 52
B. Konsep Dukungan Keluarga dalam Asuhan Maternal 55
C. Peran Dukungan Keluarga selama Masa Kehamilan 58
D. Keterlibatan Keluarga dalam Proses Persalinan 61
E. Dukungan Keluarga pada Masa Nifas dan Menyusui 63
F. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga 65
G. Strategi Penguatan Dukungan Keluarga dalam Pelayanan Kesehatan Maternal 70
H. Tantangan dan Peluang Penguatan Dukungan Keluarga 73
I. Penutup 76
Referensi 77
BAB V Inovasi Digital Health dalam Pemantauan Kehamilan dan Edukasi Ibu Hamil 86
A. Pendahuluan 86
B. Digital Health 88
C. Inovasi Digital Health dalam Pemantauan Kehamilan 91
D. Inovasi Digital Health dalam Edukasi Ibu Hamil 93
E. Tantangan Kesehatan Ibu 96
F. Urgensi Digitalisasi Pelayanan Antenatal 98
G. Implementasi Digital Health di Indonesia 99
H. Manfaat dan Tantangan Implementasi Digital Health 101
I. Penutup 104
Referensi 105
BAB VI Optimalisasi Kelas Ibu Hamil dalam Meningkatkan Kesiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi 107
A. Konsep dan Tujuan Kelas Ibu Hamil 107
B. Kesiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi 110
C. Strategi Optimalisasi Kelas Ibu Hamil 115
D. Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil secara Operasional 119
E. Monitoring, Evaluasi, dan Perbaikan Mutu 123
F. Tantangan Implementasi dan Alternatif Solusi 125
G. Rekomendasi Praktis 126
H. Penutup 127
Referensi 129

BAB VII Persiapan Persalinan Aman dan Pencegahan Tiga Terlambat 130
A. Prakata 130
B. Persiapan Pesalinan Aman 130
C. Pencegahan Tiga Terlambat 137
D. Penutup 140
Referensi 140
BAB VIII Kehamilan pada Usia Risiko Tinggi 143
A. Pendahuluan 143
B. Konsep Dasar Kehamilan Risiko Tinggi 144
C. Kehamilan Berdasarkan Kelompok Usia Risiko 145
D. Faktor-Faktor yang Memperberat Risiko Kehamilan pada Usia Risiko Tinggi 146
E. Patofisiologi dan Dasar Peningkatan Risiko 156
F. Komplikasi yang Mungkin Terjadi 157
G. Asuhan Keperawatan Kehamilan Pada Usia Risko Tinggi 158
H. Penutup 164
Referensi 165
BAB IX Kehamilan Remaja dan Dampaknya terhadap Kesehatan Ibu serta Bayi 1
A. Kehamilan Remaja sebagai Masalah Kesehatan dan Pembangunan 1
B. Faktor Penyebab dan Jalur Kerentanan 3
C. Kerentanan Biologis dan Kebutuhan Gizi pada Kehamilan Remaja 4
D. Dampak Kehamilan Remaja terhadap Kesehatan Ibu 6
E. Dampak terhadap Janin, Bayi, dan Pertumbuhan Anak 8
F. Dampak Psikososial, Pendidikan, dan Antargenerasi 9
G. Pencegahan dan Pelayanan yang Responsif terhadap Remaja 11
H. Penutup 13
Referensi 14
BAB X Kesehatan Mental Perinatal pada Ibu Hamil dan Nifas 168
A. Perubahan Psikologis Selama Periode Kehamilan hingga Postpartum 168
B. Kesehatan Mental Perinatal 169
C. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Perinatal 175
D. Dampak Masalah Kesehatan Mental Perinatal 178
E. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) 179
F. Pemanfaatan Artificial Intelligence dalam Pencegahan Kesehatan Mental Perinatal 179
G. Penutup 180
Referensi 181
BAB XI Strategi Kesiapan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu Hamil Menghadapi Krisis Iklim dan Bencana 186
A. Perubahan Iklim, Bencana, dan Kerentanan Ibu Hamil 186

B. Bagaimana Infeksi Mulut Mengancam Kehamilan 187
C. Perubahan Iklim dan Bencana terhadap Kerusakan Gigi Ibu Hamil 189
D. Kesiapsiagaan Kesehatan Gigi Prenatal 191
E. Solusi Taktis di Pengungsian dan Regulasi Masa Depan 192
F. Ibu Hamil dan Masa Depan Anak di Tengah Perubahan Iklim 194
G. Kesehatan Gigi Prenatal dan Krisis Iklim 195
Referensi 197
BAB XII Gizi Ibu Hamil dalam Pencegahan Stunting Sejak 1000 Hari Pertama Kehidupan 199
A. Konsep Dasar Stunting dan Seribu Hari Pertama Kehidupan 199
B. Status Gizi Ibu Sebelum dan Selama Kehamilan 201
C. Kebutuhan Zat Gizi Makro, Serat, dan Cairan 203
D. Mikronutrien Esensial dan Penggunaan Suplemen 205
E. Penerapan Gizi Seimbang, Keamanan Pangan, dan Contoh Menu 209
F. Strategi Pencegahan Stunting Terpadu dari Kehamilan sampai Usia Dua Tahun 212
G. Penutup 215
Referensi 216
BAB XIII Anemia pada Ibu Hamil dan Strategi Pencegahannya 219
A. Anemia sebagai Tantangan Kehamilan Sehat 219
B. Konsep dan Faktor Risiko Anemia pada Kehamilan 220
C. Dampak dan Deteksi Dini dalam Pelayanan Antenatal 220
D. Strategi Pencegahan Anemia secara Terpadu 221
E. Peran Tenaga Kesehatan dan Rekomendasi 223
Referensi 223
BAB XIV Strategi Pencegahan Anemia Pada Ibu Hamil Sebagai Upaya Menurunkan Risiko Stunting Dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 224
A. Anemia Kehamilan sebagai Tantangan Kesehatan Ibu dan Anak 224
B. Konsep Dasar Anemia pada Ibu Hamil 226
C. Dampak Anemia terhadap Ibu, Janin, dan Bayi 228
D. Strategi Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil 231
E. Pendekatan Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil 234
F. Inovasi Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil 237
G. Penutup 239
Referensi 240
BAB XV Diabetes Melitus Gestasional dan Pola Hidup Sehat pada Ibu Hamil 243
A. Konsep dan Defenisi Diabetes Melitus Gestasional 243
B. Faktor Risiko Diabetes Melitus Gestasional 244
C. Epidemiologi Diabetes Melitus Gestasional 246
D. Fatofisiologi Diabetes Melitus Gestasional 247

E. Diagnosis Diabetes Melitus Gestasional 249
F. Komplikasi Pada Ibu Dan Janin. 251
G. Pola Hidup Sehat Pada Ibu Hamil Dengan DMG. 254
H. Peran Tenaga Kesehatan Pada Diabetes Melitus Gestasional 257
I. Pencegahan Diabetes Melitus Gestasional (DMG) 259
Referensi 262
BAB XVI Preeklampsia dan Eklamsia: Tantangan Pelayanan Kehamilan Berisiko Tinggi 265
A. Preeklampsia dan Eklamsia dalam Konteks Kesehatan Ibu 265
B. Patofisiologi dan Manifestasi Klinis Preeklampsia 266
C. Faktor Risiko dan Strategi Skrining Kehamilan Berisiko Tinggi 267
D. Tatalaksana Keperawatan pada Preeklampsia dan Eklamsia 269
E. Tantangan Pelayanan Kehamilan Berisiko Tinggi di Indonesia 270
F. Penutup 272
Referensi 273
BAB XVII Persalinan Sectio Caesarea: Indikasi, Edukasi, dan Pemulihan Ibu 275
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea 275
B. Indikasi dan Pertimbangan Klinis 278
C. Persiapan Ibu Sebelum Sectio Caesarea 282
D. Edukasi pada Sectio Caesarea 284
E. Pemulihan dan Perawatan Pasca Sectio Caesarea 286
F. Penutup 290
Referensi 291
BAB XVIII Pencegahan dan Penanganan Perdarahan Postpartum dalam Praktik Maternitas 295
A. Pendahuluan 295
B. Konsep Dasar Perdarahan Postpartum 298
C. Deteksi Dini Perdarahan Postpartum 303
D. Pencegahan Perdarahan Postpartum 308
E. Penanganan Perdarahan Postpartum 313
F. Praktik Keperawatan Maternitas dalam Penanganan Perdarahan Postpartum 319
G. Tantangan, Inovasi, dan Penutup 325
Referensi 330
BAB XIX Perawatan Masa Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas 333
A. Keluarga sebagai Garis Pertama Perawatan Nifas 333
B. Kebutuhan Ibu dan Bayi dalam Empat Puluh Dua Hari Pertama 334
C. Praktik Pendampingan Keluarga di Rumah 336
D. Jejaring Komunitas dan Kontinuitas Layanan Nifas 337
E. Model Implementasi Asuhan Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas 339

F. Penutup 340
Referensi 341
BAB XX Promosi Air Susu Ibu Eksklusif dan Dukungan Menyusui bagi Ibu Bekerja 343
A. Pendahuluan 343
B. Konsep dan Dasar Ilmiah ASI Eksklusif 344
C. Determinan dan Tantangan Ibu Bekerja 347
D. Manajemen ASI Perah pada Ibu Bekerja 352
E. Strategi Promosi dan Dukungan Menyusui 356
F. Kebijakan dan Tata Kelola Program 360
G. Penutup 364
Referensi 365

ISSN 3063-4946

PENGANTAR PENERBIT

Selamat datang dalam book chapter ini yang mengangkat tema Maternitas, sebuah bidang yang memiliki peran krusial dalam kesehatan ibu dan bayi. Book chapter ini disusun untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai berbagai aspek dalam perawatan maternitas, mulai dari konsep dasar, faktor risiko kehamilan, hingga strategi perawatan yang berbasis bukti ilmiah.

Kesehatan ibu dan bayi merupakan salah satu pilar utama dalam dunia medis, karena berdampak langsung pada kesejahteraan generasi mendatang. Dalam book chapter ini, pembaca akan memperoleh wawasan tentang fisiologi kehamilan, manajemen prenatal, komplikasi obstetri, serta perkembangan terkini dalam teknologi dan intervensi medis. Kami juga membahas peran tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan komprehensif, serta pentingnya pendekatan holistik dalam mendukung kesehatan ibu dan bayi.

Kami berharap book chapter ini dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi tenaga medis, akademisi, mahasiswa, dan masyarakat umum dalam meningkatkan pemahaman tentang kesehatan maternitas. Semoga book chapter ini menjadi sumber referensi yang bermanfaat dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak.

Book chapter ini diterbitkan oleh PT Nuansa Fajar Cemerlang dengan harapan dapat memberikan dampak positif dalam pengembangan ilmu kesehatan serta memperkaya wawasan tentang manajemen kesehatan maternitas

ISSN 3063-4946

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga book chapter ini tentang Maternitas dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini hadir dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai kesehatan ibu dan bayi, sebuah aspek penting dalam dunia medis yang terus berkembang dan menjadi perhatian utama dalam sistem kesehatan.

Maternitas merupakan salah satu bidang yang memiliki dampak besar terhadap kesejahteraan ibu dan generasi mendatang. Dalam book chapter ini, kami menyajikan informasi terkini mengenai fisiologi kehamilan, faktor risiko dalam kehamilan dan persalinan, serta pendekatan terbaru dalam perawatan prenatal, persalinan, dan postnatal. Kami juga membahas peran penting tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang komprehensif, serta pentingnya edukasi bagi ibu hamil dan keluarga dalam mendukung kesehatan ibu dan bayi.

Harapan kami, book chapter ini dapat menjadi referensi yang berguna bagi tenaga medis, akademisi, mahasiswa, serta masyarakat umum yang ingin lebih memahami berbagai tantangan dan solusi dalam bidang maternitas. Semoga karya ini dapat memberikan kontribusi yang berarti dalam meningkatkan kesadaran tentang pentingnya perawatan maternitas yang holistik dan berbasis bukti.

Kami juga ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan book chapter ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk-Nya kepada kita semua, sehingga kita dapat terus berupaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak demi generasi yang lebih sehat dan sejahtera.

ISSN 3063-4946

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan bimbingan-Nya sehingga book chapter ini tentang Maternitas dapat disusun dan diterbitkan. Penulisan karya ini dilatarbelakangi oleh pentingnya perawatan kesehatan ibu dan bayi, yang menjadi perhatian utama dalam bidang kesehatan global. Oleh karena itu, pengetahuan tentang maternitas, baik dari segi kehamilan, persalinan, perawatan postnatal, maupun pencegahan komplikasi, menjadi sangat penting bagi semua pihak yang terlibat dalam dunia kesehatan.

Book chapter ini disusun untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai kesehatan ibu dan bayi, mulai dari fisiologi kehamilan, deteksi dini risiko obstetri, hingga strategi perawatan yang optimal bagi ibu dan bayi. Kami juga membahas pendekatan multidisiplin yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan maternitas serta pentingnya edukasi bagi ibu dan keluarga dalam mencegah komplikasi yang dapat terjadi selama kehamilan dan persalinan.

Harapan kami, book chapter ini dapat memberikan wawasan baru yang bermanfaat bagi praktisi kesehatan, mahasiswa, serta masyarakat umum dalam menghadapi tantangan yang dihadirkan oleh berbagai kondisi maternitas. Semoga dengan adanya pemahaman yang lebih baik, kita semua dapat berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, sehingga dapat tercipta generasi yang lebih sehat dan berkualitas.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan kontribusi dalam penyusunan book chapter ini. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat yang besar dan menjadi referensi yang berguna dalam dunia kesehatan, khususnya dalam bidang maternitas.

ISSN 3063-4946

BAB I

Continuity of Care dalam Pelayanan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Elizar, SST.,STr.Keb.,MPH

A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi: Tantangan dan Urgensi

Derajat kesehatan ibu dan bayi baru lahir masih menjadi salah satu persoalan besar dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Hasil Sensus Penduduk 2020 menempatkan Angka Kematian Ibu (AKI) nasional pada kisaran 189 per 100.000 kelahiran hidup, sebuah capaian yang membuat Indonesia berada pada posisi tertinggi kedua di kawasan ASEAN, jauh di atas negara tetangga seperti Malaysia, Brunei Darussalam, Thailand, dan Vietnam yang telah berada di bawah 100 per 100.000 kelahiran hidup (Harahap dkk., 2024). Data pencatatan rutin Kementerian Kesehatan melalui sistem Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) turut memperlihatkan tren yang belum menggembirakan, di mana jumlah kematian ibu tercatat meningkat dari 4.005 kasus pada tahun 2022 menjadi 4.129 kasus pada tahun 2023, sementara jumlah kematian bayi pada periode yang sama meningkat dari 20.882 menjadi 29.945 kasus (Harahap dkk., 2024; PKMK FK-KMK UGM, 2025).

Penyebab kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh komplikasi yang sesungguhnya dapat dicegah dan ditangani apabila terdeteksi secara dini, yaitu perdarahan pascasalin, preeklamsia dan eklamsia, serta infeksi atau sepsis (PKMK FK-KMK UGM, 2025). Pada sisi bayi baru lahir, kematian neonatal banyak berkaitan dengan prematuritas dan berat badan lahir rendah, asfiksia saat persalinan, serta infeksi neonatal yang sebagian besar juga bersumber pada keterlambatan deteksi risiko dan rujukan. Pemerintah telah menetapkan target penurunan AKI menjadi 183 per 100.000 kelahiran hidup, namun berbagai kajian kebijakan menunjukkan bahwa akses layanan berkualitas yang belum merata, disparitas antarwilayah, dan koordinasi lintas jenjang fasilitas kesehatan yang belum optimal tetap menjadi kendala utama pencapaian target tersebut (PKMK FK-KMK UGM, 2025).

Salah satu akar masalah yang kerap luput dari perhatian adalah fragmentasi pelayanan kesehatan ibu dan anak. Seorang perempuan hamil dapat berpindah dari satu tenaga kesehatan ke tenaga kesehatan lain, dari satu fasilitas ke fasilitas lain, tanpa adanya kesinambungan informasi maupun hubungan personal yang memadai antara pemberi asuhan dan penerima asuhan. Kondisi ini meningkatkan risiko luputnya deteksi dini faktor risiko, keterlambatan rujukan, serta rendahnya kepatuhan ibu terhadap rangkaian pemeriksaan yang dianjurkan. Sebagai respons atas persoalan tersebut, konsep continuity of care atau asuhan berkesinambungan telah dikembangkan secara global sebagai model pelayanan kebidanan yang menekankan kesinambungan informasi, manajemen, dan relasi antara ibu, bayi, dan pemberi asuhan sepanjang siklus reproduksi, mulai dari masa sebelum hamil, kehamilan, persalinan, nifas, hingga bayi baru lahir (Bradford dkk., 2022).

Bukti ilmiah berskala global, termasuk kerangka kerja Quality Maternal and Newborn Care yang disusun berdasarkan ratusan tinjauan sistematis Cochrane (Renfrew dkk., 2014), menegaskan bahwa model asuhan yang berorientasi pada kesinambungan hubungan antara perempuan dan pemberi asuhan berkontribusi pada perbaikan luaran klinis maupun pengalaman perempuan selama masa kehamilan hingga pascasalin. Oleh karena itu, bab ini bertujuan untuk mengulas konsep dan komponen continuity of care dalam kebidanan, mengkaji bukti efektivitasnya terhadap luaran ibu dan bayi baru lahir, menelaah tantangan implementasinya dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia, serta menegaskan kedudukan asuhan bayi baru lahir sebagai komponen esensial yang tidak terpisahkan dari rangkaian asuhan berkesinambungan tersebut.

B. Konsep dan Komponen Continuity of Care dalam Kebidanan

Dalam konteks pelayanan kebidanan, continuity of care secara khusus dimaknai sebagai model asuhan kebidanan berkesinambungan (midwife-led continuity of care), yaitu suatu model pelayanan yang menempatkan bidan atau tim kecil bidan yang sama sebagai pemberi asuhan kepada seorang perempuan sejak masa kehamilan, persalinan, hingga masa pascasalin, dengan tetap membuka jalur rujukan kepada tenaga spesialis apabila diperlukan (Bradford dkk., 2022). Pengertian ini menegaskan bahwa yang menjadi inti dari continuity of care bukan sekadar kesinambungan tempat atau jenis fasilitas pelayanan, melainkan kesinambungan relasi antara perempuan dan individu atau kelompok kecil pemberi asuhan yang mengenalinya sepanjang perjalanan reproduksinya (Middlemiss dkk., 2024).

Secara konseptual, kesinambungan asuhan kesehatan pada umumnya dibedakan menjadi tiga bentuk, yaitu kesinambungan informasi (informational continuity), yang berkaitan dengan

pendokumentasian dan pertukaran data klinis antarpemberi asuhan dan antarjenjang fasilitas; kesinambungan manajemen (management continuity), yang berkaitan dengan konsistensi rencana asuhan dan tata laksana yang diberikan; serta kesinambungan relasional atau interpersonal (relational/interpersonal continuity), yang menekankan hubungan saling percaya antara perempuan dengan pemberi asuhan yang sama sepanjang waktu (Middlemiss dkk., 2024). Model asuhan kebidanan berkesinambungan pada dasarnya memprioritaskan bentuk ketiga ini, meskipun idealnya tetap didukung oleh kesinambungan informasi dan manajemen yang baik agar rangkaian asuhan tidak terputus ketika terjadi rujukan antarfasilitas.

Kerangka kerja Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) yang dikembangkan oleh Renfrew dan kolega (2014) berdasarkan sintesis ratusan tinjauan sistematis Cochrane dan kajian kualitatif pengalaman perempuan di berbagai negara, menjadi salah satu rujukan utama dalam memahami komponen asuhan maternal dan neonatal yang berkualitas. Kerangka ini menguraikan lima komponen utama yang saling berkaitan, meliputi kategori praktik asuhan yang berorientasi pada kebutuhan perempuan, bayi, dan keluarga di sepanjang rangkaian layanan; nilai dan filosofi asuhan yang menghormati martabat dan pilihan perempuan; penyelenggara asuhan yang kompeten dan bekerja dalam kerangka kolaborasi antarprofesi; organisasi pelayanan yang memungkinkan kesinambungan dan aksesibilitas; serta sistem kesehatan yang menyediakan infrastruktur dan tata kelola pendukung (Renfrew dkk., 2014). Dalam edisi buku ajar kebidanan di Indonesia, asuhan kebidanan berkesinambungan digambarkan sebagai rangkaian pelayanan yang dimulai sejak masa kehamilan, dilanjutkan pada masa persalinan, masa nifas, asuhan bayi baru lahir, hingga pelayanan keluarga berencana, yang seluruhnya dilaksanakan oleh bidan yang sama atau tim yang berkoordinasi erat (Munthe dkk., 2019).

Dari sisi penyelenggaraannya, tinjauan lingkup global menunjukkan bahwa model asuhan kebidanan berkesinambungan diselenggarakan dalam beragam bentuk, mulai dari model beban kasus (caseload) di mana satu bidan menjadi penanggung jawab utama sekelompok perempuan, model tim kecil yang bergiliran namun tetap terbatas jumlahnya, hingga model kesinambungan berbasis wilayah geografis tertentu (Bradford dkk., 2022). Keberagaman bentuk ini penting untuk dipahami agar penerapannya di Indonesia dapat disesuaikan dengan kondisi sumber daya manusia kesehatan, sebaran geografis, dan karakteristik sistem rujukan yang berlaku, tanpa kehilangan esensi utamanya, yaitu kesinambungan relasi antara ibu, bayi, dan pemberi asuhan.

No	Jenis Kesinambungan	Deskripsi Singkat

1	Kesinambungan Informasi	Data dan riwayat kesehatan ibu-bayi terdokumentasi dan dapat diakses oleh setiap pemberi asuhan pada setiap jenjang layanan.
2	Kesinambungan Manajemen	Rencana asuhan dan tata laksana klinis konsisten meskipun melibatkan rujukan antarfasilitas.
3	Kesinambungan Relasional	Hubungan saling percaya antara ibu dengan bidan/tim kecil yang sama sepanjang masa kehamilan hingga nifas.

Tabel 2.1 Jenis Kesinambungan Asuhan dalam Model Continuity of Care

Sumber: diolah dari Bradford dkk. (2022) dan Middlemiss dkk. (2024)

C. Efektivitas Continuity of Care terhadap Luaran Ibu dan Bayi Baru Lahir

Bukti mengenai efektivitas model asuhan kebidanan berkesinambungan paling banyak bersumber dari serangkaian tinjauan sistematis Cochrane yang telah diperbarui berulang kali sejak lebih dari satu dekade terakhir. Pembaruan tinjauan pada tahun 2016, yang melibatkan belasan uji klinis acak dengan puluhan ribu perempuan, menemukan bahwa perempuan yang menerima model asuhan kebidanan berkesinambungan cenderung lebih jarang menggunakan analgesia regional dan persalinan dengan bantuan alat, serta lebih sering mengalami persalinan spontan pervaginam dibandingkan perempuan yang menerima model asuhan lain, tanpa perbedaan bermakna pada angka persalinan seksio sesarea (Sandall dkk., 2016). Pada pembaruan sebelumnya, tinjauan yang sama juga mendapati kecenderungan penurunan risiko persalinan preterm serta kehilangan janin sebelum usia kehamilan 24 minggu pada kelompok yang menerima asuhan berkesinambungan.

Menariknya, pembaruan tinjauan Cochrane terbaru pada tahun 2024 yang melibatkan populasi penelitian yang lebih luas menunjukkan gambaran yang lebih berhati-hati, yaitu bahwa model asuhan kebidanan berkesinambungan kemungkinan hanya memberi pengaruh kecil atau tidak berbeda bermakna terhadap kejadian persalinan preterm maupun keutuhan perineum dibandingkan model asuhan lain (Sandall dkk., 2024). Perkembangan bukti ini penting untuk disikapi secara jujur dalam kajian ilmiah, karena menunjukkan bahwa manfaat model asuhan berkesinambungan paling konsisten teramati pada aspek pengalaman persalinan dan proses kelahiran itu sendiri, sementara pengaruhnya terhadap luaran biomedis tertentu seperti prematuritas masih memerlukan kajian lebih lanjut dengan mempertimbangkan konteks populasi dan cara penyelenggaraan model tersebut.

Kajian realis yang dilakukan Fernandez Turienzo dan kolega (2021) mencoba menjelaskan mekanisme di balik potensi pengaruh asuhan kebidanan berkesinambungan terhadap persalinan preterm, dengan menyoroti peran hubungan saling percaya antara perempuan dan bidan dalam mendorong deteksi dini gejala, kepatuhan terhadap anjuran klinis, serta penurunan tingkat kecemasan yang secara tidak langsung dapat memengaruhi luaran kehamilan. Selain luaran klinis, hampir seluruh kajian yang termasuk dalam tinjauan Cochrane melaporkan tingkat kepuasan perempuan yang lebih tinggi terhadap model asuhan berkesinambungan, sekalipun pengukuran kepuasan tersebut cenderung dilaporkan secara naratif karena keragaman instrumen antarpenelitian (Sandall dkk., 2016).

Pada tataran layanan primer di Indonesia, kajian mengenai penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) menunjukkan adanya keterkaitan antara pemanfaatan buku tersebut secara konsisten dengan penerapan prinsip continuity of care dalam pelayanan kebidanan di wilayah kerja Puskesmas, karena buku ini berfungsi sebagai media pendokumentasian yang menjaga kesinambungan informasi antara kunjungan kehamilan, persalinan, hingga pemeriksaan bayi baru lahir (Oktayanti & Effendi, 2023). Studi lain membandingkan efektivitas aplikasi digital pemantauan kehamilan berbasis telepon pintar dengan Buku KIA konvensional dalam mendeteksi dini faktor risiko kehamilan, dan menemukan bahwa kombinasi keduanya berpotensi memperkuat kesinambungan informasi dibandingkan hanya mengandalkan satu media pencatatan (Ismayana & Nontji, 2020). Temuan-temuan ini memperkuat argumen bahwa manfaat continuity of care tidak semata bergantung pada model layanan itu sendiri, tetapi juga pada instrumen pendukung yang menjaga kesinambungan informasi antarjenjang pelayanan.

D. Implementasi Continuity of Care dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia

Kerangka regulasi pelayanan kesehatan ibu di Indonesia pada dasarnya telah mengadopsi semangat continuity of care, sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan. Peraturan ini mengatur bahwa setiap ibu hamil semestinya memperoleh pelayanan antenatal minimal enam kali kunjungan, yang terdiri atas satu kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga, dengan dua di antaranya melibatkan kontak langsung bersama dokter untuk skrining faktor risiko (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Pengaturan ini kemudian dilanjutkan dengan standar pelayanan persalinan, masa nifas, hingga dukungan pelayanan bagi bayi yang dilahirkan

sampai berusia dua tahun, sehingga secara normatif rangkaian layanan tersebut dirancang berkesinambungan sejak masa sebelum kehamilan hingga periode pascasalin lanjut.

Instrumen utama yang menopang kesinambungan informasi dalam sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia adalah Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA), yang menjadi satu-satunya alat pencatatan resmi pelayanan kesehatan ibu dan anak secara nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Buku ini idealnya menyertai seorang ibu dan bayinya sejak pemeriksaan kehamilan pertama hingga pemantauan tumbuh kembang anak, sehingga data klinis dapat diakses oleh tenaga kesehatan mana pun yang memberikan pelayanan, termasuk ketika terjadi rujukan antarfasilitas. Namun demikian, pemanfaatan Buku KIA di lapangan masih menghadapi kendala, terutama karena keterbatasan pengetahuan dan keterampilan kader maupun tenaga kesehatan dalam pengisian dan pemanfaatannya secara optimal, sehingga fungsinya sebagai instrumen kesinambungan informasi belum sepenuhnya tercapai.

Tantangan implementasi continuity of care di Indonesia sejalan dengan temuan tinjauan literatur internasional yang memetakan hambatan dan faktor pendukung penerapan model asuhan kebidanan berkesinambungan menggunakan Consolidated Framework for Implementation Research. Tinjauan tersebut menegaskan bahwa keberhasilan implementasi sangat dipengaruhi oleh kesiapan pengaturan kerja tenaga kesehatan, keselarasan dengan nilai profesi kebidanan, serta dukungan konteks struktural dan kebijakan di tingkat organisasi (Middlemiss dkk., 2024). Dalam konteks Indonesia, tantangan tersebut diperberat oleh keterbatasan jumlah bidan di sejumlah Puskesmas, disparitas akses layanan antarwilayah terutama di daerah terpencil dan kepulauan, serta koordinasi rujukan berjenjang yang belum sepenuhnya terintegrasi (PKMK FK-KMK UGM, 2025).

Tinjauan lingkup global mengenai penerapan model asuhan kebidanan berkesinambungan di berbagai negara turut mengonfirmasi bahwa sebagian besar bukti implementasi berasal dari negara berpendapatan tinggi, sementara kontribusi dari negara berpendapatan rendah dan menengah, termasuk Indonesia, masih sangat terbatas, dan hingga kini baru Selandia Baru yang berhasil menerapkan model tersebut secara nasional (Bradford dkk., 2022). Temuan ini menjadi pengingat bahwa penerapan continuity of care di Indonesia perlu disesuaikan dengan konteks lokal, misalnya melalui penguatan peran bidan desa sebagai penanggung jawab utama sekelompok ibu hamil di wilayah kerjanya, optimalisasi kader kesehatan sebagai sistem pendukung, serta digitalisasi pencatatan kehamilan yang terintegrasi dengan Buku KIA untuk memperkuat kesinambungan informasi antara layanan primer dan rujukan (Ismayana & Nontji, 2020; Oktayanti & Effendi, 2023).

E. Asuhan Bayi Baru Lahir sebagai Komponen Esensial Continuity of Care

Asuhan bayi baru lahir merupakan mata rantai yang tidak dapat dipisahkan dari keseluruhan rangkaian continuity of care, karena kesinambungan asuhan yang telah dibangun sejak masa kehamilan akan kehilangan maknanya apabila tidak dilanjutkan secara konsisten pada periode kritis segera setelah persalinan. Pedoman pelayanan kesehatan neonatal esensial di Indonesia menetapkan serangkaian intervensi yang harus diberikan segera setelah bayi lahir, meliputi pencegahan infeksi, penilaian awal untuk memutuskan kebutuhan resusitasi, pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusu dini, pencegahan kehilangan panas melalui kontak kulit dengan kulit dan penundaan mandi, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian imunisasi hepatitis B0, pemberian salep mata antibiotik, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, serta pemantauan tanda bahaya (Kementerian Kesehatan RI, dalam Panduan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Berbasis Perlindungan Anak).

Inisiasi menyusu dini (IMD) merupakan salah satu praktik esensial yang paling menonjol karena manfaatnya yang luas, baik bagi bayi maupun keberlangsungan pemberian ASI eksklusif. Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan agar kontak kulit dengan kulit antara ibu dan bayi serta upaya bayi menyusu pertama kali dilakukan dalam satu jam pertama setelah kelahiran, karena praktik ini terbukti berkontribusi pada keberhasilan pemberian ASI eksklusif di kemudian hari (World Health Organization, 2023). Ikatan Dokter Anak Indonesia turut menegaskan bahwa IMD bermanfaat menurunkan risiko kematian bayi baru lahir, memperkuat daya tahan tubuh bayi melalui paparan mikrobiota kulit ibu, serta memastikan bayi memperoleh kolostrum yang kaya akan zat kekebalan tubuh pada waktu yang tepat (Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2014).

Selain IMD, praktik rawat gabung (rooming-in) turut menjadi wujud nyata kesinambungan asuhan antara ibu dan bayi, karena memungkinkan ibu dan bayi tetap berada dalam satu ruangan selama dua puluh empat jam sehingga proses laktasi dapat berlangsung optimal dan ibu memperoleh kesempatan mempelajari tanda-tanda bahaya pada bayinya secara langsung sebelum pulang ke rumah. Bagi bayi dengan berat badan lahir rendah, pedoman neonatal esensial turut menganjurkan perawatan metode kanguru sebagai bentuk asuhan berkelanjutan yang menggantikan fungsi inkubator melalui kontak kulit dengan kulit yang intensif antara bayi dan ibu atau anggota keluarga, guna menjaga kehangatan tubuh bayi sekaligus mendukung tumbuh kembangnya.

Keberlanjutan asuhan bayi baru lahir tidak berhenti pada periode segera setelah lahir, tetapi berlanjut pada pelayanan neonatal esensial pada rentang enam jam hingga dua puluh delapan hari kehidupan, yang meliputi perawatan tali pusat, pemeriksaan ulang kondisi bayi, pemantauan status pemberian vitamin K1 dan imunisasi, penanganan bayi sakit atau dengan kelainan bawaan, serta rujukan tepat waktu apabila ditemukan kondisi yang tidak dapat ditangani di fasilitas pelayanan dasar. Rangkaian ini menegaskan bahwa asuhan bayi baru lahir bukan sekadar tahapan akhir dari proses persalinan, melainkan komponen esensial yang menyatu dengan filosofi continuity of care secara keseluruhan, yaitu memastikan tidak ada jeda informasi maupun tanggung jawab asuhan antara ibu dan bayinya di sepanjang rangkaian pelayanan kesehatan reproduksi.

F. Penutup

Pembahasan pada bab ini menegaskan bahwa continuity of care merupakan pendekatan strategis yang berpotensi memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia, baik melalui perbaikan pengalaman persalinan, penguatan deteksi dini faktor risiko, maupun penguatan kesinambungan informasi antara ibu, bayi, dan pemberi asuhan di sepanjang rangkaian pelayanan. Bukti global melalui kerangka Quality Maternal and Newborn Care dan serangkaian tinjauan sistematis Cochrane secara konsisten menunjukkan manfaat model asuhan kebidanan berkesinambungan terhadap pengalaman dan sebagian luaran klinis perempuan, sekalipun pengaruhnya terhadap luaran biomedis tertentu seperti persalinan preterm masih memerlukan kajian lanjutan seiring bertambahnya bukti ilmiah.

Di sisi lain, kerangka regulasi Indonesia melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 dan instrumen Buku Kesehatan Ibu dan Anak pada dasarnya telah menyediakan landasan bagi penerapan continuity of care, namun implementasinya di lapangan masih dihadapkan pada tantangan struktural, mulai dari keterbatasan jumlah tenaga bidan, disparitas akses antarwilayah, hingga belum optimalnya pemanfaatan instrumen pencatatan sebagai media kesinambungan informasi. Asuhan bayi baru lahir, sebagai komponen esensial yang menyatu dengan filosofi continuity of care, juga memerlukan penguatan agar setiap bayi memperoleh kesinambungan asuhan sejak menit pertama kehidupannya hingga periode neonatal berakhir.

Berdasarkan uraian tersebut, penguatan continuity of care dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia ke depan perlu diarahkan pada beberapa langkah, yaitu penguatan peran bidan desa dan tim kecil bidan sebagai penanggung jawab utama sekelompok ibu hamil di wilayah kerjanya, optimalisasi kader dan Posyandu sebagai sistem pendukung layanan primer, digitalisasi pencatatan kehamilan dan kelahiran yang terintegrasi dengan Buku

KIA untuk memperkuat kesinambungan informasi, serta pengembangan penelitian implementasi berbasis konteks Indonesia mengingat bukti global mengenai penerapan model ini di negara berpendapatan rendah dan menengah masih sangat terbatas. Upaya-upaya tersebut diharapkan dapat berkontribusi secara nyata terhadap percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia.

Referensi

Badan Pusat Statistik. (2024). Profil kesehatan ibu dan anak 2024. BPS RI. https://www.bps.go.id/id/publication/2024/12/31/a919c55a72b74e33d011b0dc/profil-kesehatan-ibu-dan-anak-2024.html

Bradford, B. F., Wilson, A. N., Portela, A., McConville, F., Fernandez Turienzo, C., & Homer, C. S. E. (2022). Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? PLOS Global Public Health, 2(10), e0000935. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935

Fernandez Turienzo, C., Rayment-Jones, H., Roe, Y., Silverio, S. A., Coxon, K., Shennan, A. H., & Sandall, J. (2021). A realist review to explore how midwifery continuity of care may influence preterm birth in pregnant women. Birth, 48(3), 375–388. https://doi.org/10.1111/birt.12547

Harahap, P. S., dkk. (2024). Perencanaan dan penganggaran program kesehatan ibu dan anak di UPT Puskesmas Tuntungan Kota Medan. Jurnal Penelitian dan Pengembangan (JPP), 7(3), 416–426. http://journal.unpacti.ac.id/index.php/JPP/article/download/1263/738/

Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2014). Perawatan bayi baru lahir. IDAI. https://www.idai.or.id/artikel/klinik/pengasuhan-anak/perawatan-bayi-baru-lahir

Ismayana, & Nontji, W. (2020). Perbandingan efektivitas aplikasi smart continuity of care (MONICA) dan buku KIA terhadap deteksi dini faktor risiko kehamilan. Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung, 12, 869–876.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman pelayanan antenatal terpadu (Ed. ke-3). Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan

Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual. Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Kemenkes RI.

Middlemiss, A. L., Channon, S., Sanders, J., Kenyon, S., Milton, R., Prendeville, T., Barry, S., Strange, H., & Jones, A. (2024). Barriers and facilitators when implementing midwifery continuity of carer: A narrative analysis of the international literature. BMC Pregnancy and Childbirth, 24(1), 540. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06649-y

Munthe, J., Adethia, K., Simbolon, M. L., & Damanik, L. P. U. (2019). Buku ajar asuhan kebidanan berkesinambungan (continuity of care). Trans Info Media.

Oktayanti, Y. D., & Effendi, H. (2023). Hubungan penggunaan Buku KIA dengan penerapan continuity of care (COC) pada pelayanan kebidanan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Tebat Kabupaten Lahat. Fakultas Kebidanan dan Keperawatan, Universitas Kader Bangsa.

PKMK FK-KMK UGM. (2025). Review kebijakan penurunan kematian ibu tahun 2024 berbasis transformasi sistem kesehatan dan outlook 2025. Diklat PKMK FK-KMK UGM. https://diklatkesehatan.net/2025/01/review-kebijakan-penurunan-kematian-ibu-tahun-2024-berbasis-transformasi-sistem-kesehatan-dan-outlook-2025/

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet, 384(9948), 1129–1145. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3

Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024(4), CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(4), CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

World Health Organization. (2023). Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding. WHO. https://www.who.int/tools/elena/interventions/early-breastfeeding

ISSN 3063-4946

BAB II

Respectful Maternity Care: Transformasi Pelayanan Persalinan Berbasis Hak Asasi Manusia, Bermartabat dan Berpusat pada Perempuan

Regina Ayu Fristiyanti, S.Keb., Bdn., M.Keb

A. Pendahuluan

Persalinan merupakan peristiwa fisiologis sekaligus pengalaman emosional yang sangat penting dalam kehidupan seorang perempuan. Selama bertahun-tahun, keberhasilan pelayanan persalinan lebih banyak diukur berdasarkan luaran klinis ibu dan bayi, seperti penurunan angka kesakitan dan kematian maternal maupun neonatal. Namun, perkembangan konsep kualitas pelayanan kesehatan maternal menunjukkan bahwa keberhasilan tersebut tidak hanya ditentukan oleh aspek klinis, tetapi juga oleh pengalaman perempuan selama menerima pelayanan. Pengalaman persalinan yang positif, aman, nyaman, dan penuh penghormatan terbukti memiliki dampak jangka panjang terhadap kesejahteraan fisik, psikologis, serta kepercayaan perempuan terhadap sistem pelayanan kesehatan (WHO, 2025).

Meskipun berbagai upaya telah dilakukan secara global untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas sebagai bagian dari strategi penurunan angka kematian ibu, berbagai laporan masih menunjukkan adanya perlakuan yang tidak menghormati hak dan martabat perempuan selama proses persalinan. Bentakan, pengabaian kebutuhan ibu, tindakan medis tanpa persetujuan (*informed consent*), pelanggaran privasi, diskriminasi, hingga kekerasan verbal maupun fisik masih ditemukan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Pengalaman tersebut tidak hanya menimbulkan trauma psikologis, tetapi juga dapat mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas

kesehatan, sehingga berdampak pada rendahnya pemanfaatan pelayanan maternal pada kehamilan dan persalinan berikutnya (Kawish et al., 2023; WHO, 2025).

Sebagai respons terhadap kondisi tersebut, berkembang konsep *Respectful Maternity Care* (RMC) atau pelayanan maternitas yang bermartabat. *Respectful Maternity Care (RMC)* merupakan pendekatan pelayanan yang menempatkan perempuan sebagai pusat asuhan (*woman-centered care*) dengan menjamin penghormatan terhadap hak asasi manusia, martabat, privasi, otonomi, serta pilihan perempuan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Pendekatan ini menekankan pentingnya komunikasi yang efektif, pemberian informasi yang memadai, persetujuan tindakan berdasarkan *informed consent*, dukungan emosional, kebebasan dari diskriminasi dan kekerasan, serta keterlibatan perempuan dalam setiap pengambilan keputusan terkait kesehatannya (Miranda et al., 2025; WHO, 2025).

Bagi profesi bidan, konsep RMC memiliki relevansi yang sangat kuat karena sejalan dengan filosofi kebidanan yang menempatkan perempuan sebagai individu yang memiliki hak, kemampuan, dan otonomi dalam menentukan pilihan terkait kesehatan reproduksinya. Sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat dengan perempuan selama siklus reproduksi, bidan memiliki peran strategis dalam mewujudkan pelayanan persalinan yang aman, bermutu, nyaman, dan bermartabat. Implementasi RMC tidak hanya meningkatkan kepuasan dan pengalaman positif ibu selama persalinan, tetapi juga memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan, serta berkontribusi terhadap peningkatan kualitas pelayanan maternal secara berkelanjutan. Oleh karena itu, pemahaman dan penerapan prinsip-prinsip *Respectful Maternity Care* menjadi kompetensi esensial yang harus dimiliki setiap bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang holistik, berpusat pada perempuan, dan berorientasi pada pemenuhan hak asasi manusia (Lunda et al., 2024; Miranda et al., 2025).

B. Konsep dan Filosofi Respectful Maternity Care

Respectful Maternity Care (RMC) merupakan pendekatan pelayanan kesehatan maternal yang menempatkan perempuan sebagai pusat asuhan (*woman-centered care*) dengan memastikan bahwa setiap perempuan memperoleh pelayanan yang aman, bermutu, penuh penghormatan, serta bebas dari segala bentuk diskriminasi, pelecehan, maupun kekerasan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Konsep ini berkembang sebagai respons terhadap meningkatnya perhatian global terhadap kualitas pelayanan maternitas yang tidak hanya berorientasi pada luaran klinis, tetapi juga pada pengalaman perempuan selama

menjalani proses reproduksi. Oleh karena itu, pelayanan maternitas yang berkualitas harus mampu menjamin keselamatan ibu dan bayi sekaligus memberikan pengalaman persalinan yang positif, bermartabat, dan sesuai dengan kebutuhan serta preferensi perempuan (Cantor et al., 2024; WHO, 2025).

Perkembangan konsep RMC dipengaruhi oleh perubahan paradigma pelayanan kesehatan dari *provider-centered care* menuju *woman-centered care*. Dalam paradigma ini, perempuan tidak lagi dipandang sebagai objek pelayanan yang pasif, tetapi sebagai mitra yang memiliki hak untuk memperoleh informasi, menyampaikan preferensi, serta terlibat aktif dalam setiap pengambilan keputusan terkait kesehatannya. Pendekatan tersebut menempatkan komunikasi terapeutik, empati, kolaborasi, dan penghormatan terhadap nilai budaya sebagai komponen penting dalam membangun hubungan yang saling percaya antara tenaga kesehatan dan perempuan (Gregory et al., 2025).

Filosofi RMC sejalan dengan filosofi dasar kebidanan yang memandang kehamilan dan persalinan sebagai proses fisiologis yang normal. Dalam filosofi kebidanan, perempuan diyakini memiliki kapasitas untuk memahami kondisi kesehatannya dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai pelayanan yang diterimanya. Oleh karena itu, peran bidan tidak hanya memberikan intervensi klinis, tetapi juga menjadi pendamping, edukator, advokat, dan fasilitator yang mendukung perempuan agar mampu menjalani pengalaman persalinan secara aman, nyaman, dan bermakna. Hubungan kemitraan (*partnership*) antara bidan dan perempuan menjadi inti dari praktik kebidanan profesional karena memungkinkan terbangunnya rasa saling percaya, penghormatan, dan komunikasi dua arah yang efektif (Lunda et al., 2024).

Selain berpusat pada perempuan, RMC juga mengintegrasikan dimensi kualitas pelayanan kesehatan. Menurut WHO, kualitas pelayanan maternitas terdiri atas dua komponen utama, yaitu penyediaan pelayanan klinis yang aman dan berbasis bukti (*provision of care*) serta pengalaman pelayanan yang positif (*experience of care*). Kedua aspek tersebut tidak dapat dipisahkan karena keberhasilan klinis tanpa adanya penghormatan terhadap hak, martabat, dan kenyamanan perempuan belum dapat dikategorikan sebagai pelayanan yang berkualitas. Sebaliknya, pelayanan yang menghargai perempuan akan meningkatkan kepuasan ibu, memperkuat kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan, serta mendorong pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal secara berkelanjutan (Pablo et al., 2024).

C. Landasan Hak Asasi Manusia dalam Pelayanan Persalinan

a) Hak atas Kesehatan yang Bermutu

Pelayanan persalinan yang bermartabat merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pemenuhan hak asasi manusia. Setiap perempuan memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan maternal yang aman, bermutu, dapat diakses, dapat diterima, dan sesuai dengan standar ilmiah tanpa memandang usia, suku, agama, status sosial ekonomi, disabilitas, maupun latar belakang budaya. Perspektif *human rights-based approach* menempatkan perempuan sebagai *rights holder* yang berhak memperoleh pelayanan kesehatan secara optimal, sedangkan negara dan tenaga kesehatan berperan sebagai *duty bearer* yang berkewajiban memenuhi, melindungi, dan menghormati hak tersebut (WHO, 2025). Dengan demikian, pelayanan maternitas tidak hanya berorientasi pada luaran klinis, tetapi juga pada pemenuhan hak-hak perempuan selama menjalani kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

b) Hak atas Kesetaraan dan Bebas dari Segala Bentuk Diskriminasi

Hak atas kesetaraan merupakan prinsip fundamental dalam pelayanan kesehatan maternal. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan yang adil tanpa diskriminasi berdasarkan usia, ras, etnis, agama, pendidikan, status ekonomi, kondisi disabilitas, status perkawinan, maupun karakteristik lainnya. Hak ini dijamin dalam berbagai instrumen hak asasi manusia internasional, termasuk *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) dan *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW), yang menegaskan bahwa perempuan harus memperoleh kesempatan yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas (Association of Women's Health, 2022; WHO, 2025). Dalam konteks pelayanan persalinan, diskriminasi dapat memengaruhi kualitas asuhan, meningkatkan ketidakpuasan pasien, serta memperburuk luaran kesehatan ibu dan bayi.

c) Hak atas Informasi dan Pengambilan Keputusan

Setiap perempuan memiliki hak untuk memperoleh informasi yang lengkap, akurat, dan mudah dipahami mengenai kondisi kesehatannya, pilihan tindakan, manfaat, risiko, serta alternatif pelayanan yang tersedia. Informasi tersebut menjadi dasar bagi perempuan untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengambilan keputusan mengenai pelayanan yang akan diterimanya. Oleh karena itu, tenaga kesehatan

berkewajiban menyampaikan informasi secara jujur, objektif, dan mudah dipahami sehingga perempuan dapat menentukan pilihan sesuai dengan kebutuhan, nilai, dan preferensinya. Pemenuhan hak atas informasi merupakan salah satu bentuk penghormatan terhadap otonomi perempuan dalam pelayanan maternitas (Association of Women's Health, 2022; Miranda et al., 2025).

d) Hak atas Persetujuan Tindakan (*Informed Consent*) dan Otonomi Tubuh

Hak untuk memberikan atau menolak persetujuan terhadap suatu tindakan medis merupakan bagian penting dari penghormatan terhadap integritas tubuh dan otonomi perempuan. *Informed consent* bukan sekadar dokumen administratif, melainkan suatu proses komunikasi yang memastikan bahwa perempuan memahami tujuan, manfaat, risiko, serta alternatif tindakan sebelum memberikan persetujuan secara sukarela. Pelaksanaan tindakan tanpa persetujuan yang sah merupakan pelanggaran terhadap hak asasi manusia dan bertentangan dengan prinsip pelayanan maternitas yang bermartabat (Miranda et al., 2025). Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus menghormati keputusan perempuan sepanjang tidak membahayakan keselamatan ibu maupun bayi berdasarkan pertimbangan klinis.

e) Hak atas Privasi dan Kerahasiaan

Privasi dan kerahasiaan merupakan hak mendasar yang harus dijamin selama pelayanan persalinan. Perlindungan privasi mencakup penyediaan ruang pemeriksaan yang layak, pembatasan akses bagi pihak yang tidak berkepentingan, serta penghormatan terhadap kenyamanan perempuan selama proses persalinan. Selain itu, seluruh informasi medis dan data pribadi pasien harus dijaga kerahasiaannya sesuai dengan etika profesi dan ketentuan hukum yang berlaku. Pemenuhan hak ini tidak hanya meningkatkan rasa aman dan nyaman, tetapi juga memperkuat kepercayaan perempuan terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan (Association of Women's Health, 2022; WHO, 2025).

f) Hak atas Pelayanan yang Aman, Tepat Waktu dan Bermutu

Perempuan berhak memperoleh pelayanan persalinan yang diberikan secara cepat, tepat, aman, dan sesuai dengan standar praktik berbasis bukti. Hak ini mencakup ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten, sarana dan prasarana yang memadai, obat-obatan esensial, serta sistem rujukan yang efektif apabila terjadi komplikasi. Keterlambatan dalam memperoleh pelayanan (*delay in care*) dapat meningkatkan risiko morbiditas maupun mortalitas maternal. Oleh karena itu, pemenuhan hak atas

pelayanan yang berkualitas merupakan salah satu indikator penting dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan maternal (Cantor et al., 2024; WHO, 2025).

g) **Hak atas Perlakuan yang Bermartabat dan Bebas dari Kekerasan**

Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan yang menghormati martabatnya serta terbebas dari segala bentuk kekerasan fisik, verbal, psikologis, seksual, maupun perlakuan yang merendahkan selama proses persalinan. Bentuk-bentuk *mistreatment*, seperti bentakan, penghinaan, pengabaian, tindakan tanpa persetujuan, maupun diskriminasi, merupakan pelanggaran terhadap hak asasi manusia yang dapat berdampak pada kesehatan fisik dan mental perempuan. Oleh karena itu, penghormatan terhadap martabat perempuan harus menjadi komitmen seluruh tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan maternitas yang berkualitas (Kawish et al., 2023; Miranda et al., 2025).

h) **Implikasi Pendekatan Hak Asasi Manusia terhadap Implementasi Respectful Maternity Care**

Pendekatan berbasis hak asasi manusia menjadi fondasi utama dalam pengembangan *Respectful Maternity Care*. Seluruh hak perempuan yang telah diuraikan di atas harus diwujudkan dalam praktik pelayanan sehari-hari melalui komunikasi yang efektif, penghormatan terhadap pilihan perempuan, perlindungan privasi, pelayanan yang bebas diskriminasi, serta pemberian asuhan yang aman dan berbasis bukti. Dengan demikian, pendekatan hak asasi manusia tidak berhenti pada aspek normatif, tetapi menjadi dasar dalam penerapan prinsip-prinsip *Respectful Maternity Care* yang akan dibahas pada subbab berikutnya. Implementasi pendekatan ini juga mendukung pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya Tujuan 3 (*Good Health and Well-being*) dan Tujuan 5 (*Gender Equality*), sebagai bagian dari upaya mewujudkan pelayanan kesehatan maternal yang adil, inklusif, dan berpusat pada perempuan (WHO, 2025).

D. Prinsip-Prinsip Respectful Maternity Care

Implementasi RMC tidak hanya berorientasi pada penghormatan terhadap hak-hak perempuan, tetapi juga memerlukan penerapan prinsip-prinsip yang menjadi dasar penyelenggaraan pelayanan maternitas berkualitas. Australian College of Midwives (2025) mengembangkan delapan prinsip utama Respectful Maternity Care yang menekankan keselamatan, kesetaraan, penghormatan terhadap hak perempuan, pengambilan keputusan

yang bermakna, hingga pelayanan yang penuh empati (ACM, 2025). Prinsip-prinsip tersebut saling melengkapi dan menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan serta institusi pelayanan kesehatan dalam mewujudkan pengalaman persalinan yang aman, positif, dan bermartabat.

a) **Keselamatan (*Safety*)**

Keselamatan merupakan prinsip utama dalam *Respectful Maternity Care* yang harus dijamin pada seluruh rangkaian pelayanan maternitas, mulai dari masa kehamilan, persalinan, hingga nifas. Keselamatan tidak hanya dimaknai sebagai pencegahan komplikasi klinis, tetapi juga mencakup aspek fisik, psikologis, emosional, budaya, spiritual, dan relasional yang memengaruhi pengalaman perempuan selama menerima pelayanan. Oleh karena itu, pelayanan maternitas perlu mengintegrasikan praktik berbasis bukti, sistem pelaporan keselamatan pasien, serta evaluasi pengalaman perempuan sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu. Lingkungan pelayanan yang aman memungkinkan perempuan merasa terlindungi, dihargai, dan percaya terhadap pelayanan yang diterimanya, sehingga berkontribusi pada luaran maternal dan neonatal yang lebih baik (Australian College of Midwives, 2025; O'Reilly et al., 2025).

b) **Kesetaraan (*Equity*)**

Kesetaraan dalam pelayanan maternitas berarti setiap perempuan memperoleh akses terhadap pelayanan yang berkualitas tanpa diskriminasi berdasarkan usia, suku, agama, status sosial ekonomi, disabilitas, lokasi geografis, maupun latar belakang budaya. Pendekatan ini mengakui bahwa faktor sosial dan ekonomi dapat memengaruhi akses terhadap pelayanan sehingga sistem kesehatan perlu mengurangi berbagai hambatan yang menyebabkan ketimpangan. Pelayanan yang adil juga mencakup pemberian informasi yang mudah dipahami, penggunaan penerjemah bila diperlukan, serta penghormatan terhadap nilai budaya dan kebutuhan individual perempuan. Penerapan prinsip kesetaraan berkontribusi terhadap peningkatan akses pelayanan, penurunan kesenjangan kesehatan maternal, dan terciptanya pelayanan yang lebih inklusif (Australian College of Midwives, 2025; Faktor et al., 2024).

c) **Kepercayaan, Privasi dan Kerahasiaan (*Trust and Privacy*)**

Kepercayaan merupakan fondasi hubungan antara perempuan dan tenaga kesehatan yang dibangun melalui komunikasi yang jujur, transparan, konsisten, serta penghormatan terhadap keputusan perempuan tanpa paksaan. Kepercayaan akan semakin kuat apabila pelayanan diberikan secara kompeten, aman, dan menghormati

hak-hak perempuan. Selain itu, perlindungan terhadap privasi dan kerahasiaan informasi kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan yang bermartabat. Penyedia layanan perlu memastikan bahwa pemeriksaan dilakukan di ruang yang menjaga privasi, informasi medis dijaga kerahasiaannya, serta keterlibatan anggota keluarga atau pendamping dilakukan sesuai dengan keinginan perempuan. Upaya tersebut terbukti meningkatkan kenyamanan, kepuasan, dan kepercayaan terhadap pelayanan maternitas (Australian College of Midwives, 2025; Lunda et al., 2024).

d) **Kontinuitas dan Kolaborasi (*Continuity and Collaboration*)**

Pelayanan maternitas yang bermartabat memerlukan kontinuitas pelayanan dan kolaborasi yang efektif antarprofesi serta keterlibatan aktif perempuan dan keluarganya. Kontinuitas mencakup kesinambungan hubungan antara perempuan dan penyedia layanan, kesinambungan informasi, serta koordinasi pelayanan sepanjang kehamilan, persalinan, nifas, hingga awal kehidupan bayi. Sementara itu, kolaborasi yang baik memungkinkan setiap tenaga kesehatan bekerja sesuai kompetensinya dengan tetap menempatkan kebutuhan perempuan sebagai prioritas utama. Model pelayanan yang berkesinambungan terbukti meningkatkan keselamatan, kepuasan perempuan, efisiensi pelayanan, serta mengurangi fragmentasi pelayanan maternitas (Australian College of Midwives, 2025; Cummins et al., 2022; Fox et al., 2023).

e) **Hak Menentukan Pilihan (*Autonomy and Self-determination*)**

Otonomi dan penentuan pilihan merupakan prinsip yang menegaskan bahwa setiap perempuan memiliki hak untuk menentukan pilihan terkait pelayanan maternitas yang diterimanya berdasarkan nilai, kebutuhan, keyakinan, dan preferensi pribadinya. Pelayanan yang menghormati otonomi perempuan memberikan ruang bagi perempuan untuk menyampaikan pendapat, memilih alternatif pelayanan yang tersedia, serta berpartisipasi secara aktif dalam seluruh proses pengambilan keputusan tanpa tekanan, intimidasi, maupun paksaan. Dalam pendekatan *woman-centred care*, tenaga kesehatan berperan sebagai fasilitator yang menyediakan informasi berbasis bukti dan mendukung perempuan dalam membuat keputusan yang sesuai dengan kondisi serta nilai yang dianutnya. Penghormatan terhadap otonomi terbukti meningkatkan rasa percaya diri, kepuasan terhadap pelayanan, dan pengalaman persalinan yang lebih positif, sekaligus menjadi salah satu indikator

penting dalam pelayanan maternitas yang menghormati hak asasi manusia (Australian College of Midwives, 2025; Miranda et al., 2025).

f) **Meningkatkan Kesejahteraan (*Promoting Wellbeing*)**

Peningkatan kesejahteraan (*promoting wellbeing*) merupakan tujuan utama pelayanan maternitas yang bermartabat dengan memandang kehamilan, persalinan, dan masa awal pengasuhan sebagai periode penting yang memengaruhi kesehatan jangka panjang ibu, bayi, dan keluarga. Pelayanan tidak hanya berfokus pada pencegahan komplikasi, tetapi juga mendukung kesejahteraan fisik, emosional, sosial, dan psikologis perempuan melalui hubungan yang saling percaya, dukungan yang berkesinambungan, serta upaya meminimalkan intervensi medis yang tidak diperlukan. Pendekatan ini mendukung proses fisiologis persalinan, meningkatkan kepercayaan diri perempuan terhadap kemampuan melahirkan, serta menurunkan risiko pengalaman persalinan yang traumatis. Selain itu, pelayanan yang berorientasi pada kesejahteraan juga menjadi bagian dari upaya menciptakan pengalaman persalinan yang positif dan berpusat pada perempuan (Australian College of Midwives, 2025; Cull et al., 2025).

g) **Persetujuan Tindakan dan Pengambilan Keputusan Bersama Berdasarkan Informasi (*Consent and Informed Decision-Making*)**

Persetujuan tindakan (*consent*) dan pengambilan keputusan berdasarkan informasi (*informed decision-making*) merupakan bagian penting dari pelayanan maternitas yang menghormati hak perempuan. Setiap perempuan berhak memperoleh informasi yang akurat, lengkap, berbasis bukti, dan disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami mengenai kondisi kesehatannya, manfaat dan risiko suatu tindakan, alternatif pelayanan, serta kemungkinan konsekuensi dari setiap pilihan. Informasi tersebut menjadi dasar bagi perempuan untuk membuat keputusan secara sadar sesuai dengan kebutuhan dan nilai yang dimilikinya. Persetujuan tindakan harus diberikan secara sukarela tanpa tekanan, manipulasi, ataupun paksaan, sehingga mencerminkan penghormatan terhadap otonomi dan hak perempuan dalam menentukan pelayanan yang diterimanya. Pendekatan ini terbukti meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan, memperkuat hubungan saling percaya, serta mendukung pengalaman persalinan yang lebih positif (Australian College of Midwives, 2025; Miranda et al., 2025).

h) **Pelayanan yang Penuh Welas Asih (*Compassionate Care*)**

Pelayanan yang penuh welas asih (*compassionate care*) merupakan wujud nyata dari *Respectful Maternity Care* yang ditandai dengan kehadiran tenaga kesehatan secara utuh, empati, kepedulian, serta kemampuan memahami pengalaman dan kebutuhan emosional perempuan selama menjalani kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Pendekatan ini tidak hanya menekankan kompetensi klinis, tetapi juga hubungan interpersonal yang hangat, komunikasi yang penuh penghargaan, serta pemberian dukungan yang responsif terhadap kondisi psikologis perempuan, termasuk penerapan *trauma-informed care* bagi perempuan yang memiliki pengalaman traumatis sebelumnya. Pelayanan yang penuh welas asih terbukti meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan, memperkuat hubungan terapeutik, mengurangi kecemasan dan ketakutan selama persalinan, serta mendukung pengalaman persalinan yang aman, positif, dan bermakna bagi perempuan dan keluarganya (Australian College of Midwives, 2025; Cull et al., 2025; Miranda et al., 2025).

E. Bentuk Disrespect dan Abuse dalam Pelayanan Persalinan

Meskipun berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan maternitas, praktik *disrespect and abuse* (D&A) atau *mistreatment during childbirth* masih menjadi permasalahan di berbagai negara. Bentuk perlakuan tersebut mencerminkan kegagalan pelayanan dalam menghormati hak, martabat, dan otonomi perempuan selama proses persalinan, serta berpotensi menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan fisik, psikologis, maupun kepercayaan perempuan terhadap sistem pelayanan kesehatan. Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa perempuan masih mengalami berbagai bentuk perlakuan yang tidak menghormati, seperti kekerasan fisik dan verbal, tindakan tanpa persetujuan (*non-consented care*), pelanggaran privasi dan kerahasiaan, diskriminasi, pengabaian kebutuhan selama persalinan, komunikasi yang buruk, hingga penolakan pemberian dukungan atau pendamping persalinan. Selain dipengaruhi oleh perilaku individu tenaga kesehatan, praktik tersebut juga berkaitan dengan faktor sistemik, seperti keterbatasan sumber daya, tingginya beban kerja, budaya organisasi, serta lemahnya tata kelola pelayanan maternitas (Dolatabadi et al., 2025; Mirzania et al., 2025; Pablo et al., 2024).

Pengalaman *disrespect and abuse* terbukti berhubungan dengan meningkatnya risiko trauma psikologis, ketakutan terhadap persalinan berikutnya, depresi pascapersalinan, serta penurunan kepercayaan dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, identifikasi dan pencegahan berbagai bentuk *mistreatment* menjadi langkah penting dalam

mewujudkan pelayanan persalinan yang aman, bermutu, dan berpusat pada perempuan (Miranda et al., 2025; Yalley et al., 2024).

Bentuk-bentuk disrespect *dan* abuse *selama persalinan dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kategori utama yang meliputi kekerasan fisik, kekerasan verbal, pelayanan tanpa persetujuan, pelanggaran privasi, diskriminasi, pengabaian pelayanan, komunikasi yang buruk, serta pembatasan hak perempuan selama proses persalinan* (Dolatabadi et al., 2025; Mirzania et al., 2025; Pablo et al., 2024). Bentuk-bentuk disrespect dan abuse dalam pelayanan persalinan yang paling sering dilaporkan meliputi:

a) Kekerasan fisik (*physical abuse*) merupakan segala bentuk tindakan yang menimbulkan rasa sakit, cedera, atau ketidaknyamanan yang tidak memiliki indikasi klinis yang jelas. Contohnya meliputi penggunaan tekanan fisik yang berlebihan, tindakan invasif yang tidak diperlukan, pemaksaan posisi persalinan tertentu tanpa alasan medis, atau tindakan lain yang dilakukan secara kasar sehingga menimbulkan trauma fisik maupun psikologis pada perempuan.
b) Kekerasan verbal dan psikologis (*verbal and emotional abuse*) mencakup penggunaan kata-kata yang menghina, membentak, mengancam, menyalahkan, mempermalukan, atau merendahkan perempuan selama proses persalinan. Bentuk perlakuan ini juga termasuk mengabaikan keluhan, menunjukkan sikap tidak peduli, mengintimidasi, atau membuat perempuan merasa takut dan kehilangan rasa percaya diri. Meskipun tidak meninggalkan luka fisik, kekerasan verbal dapat memberikan dampak psikologis jangka panjang, seperti kecemasan, trauma persalinan, hingga depresi pascapersalinan.
c) Pelayanan tanpa persetujuan (*non-consented care*) terjadi ketika pemeriksaan, tindakan medis, atau intervensi kebidanan dilakukan tanpa memberikan informasi yang memadai serta tanpa memperoleh persetujuan dari perempuan. Praktik ini meliputi pemeriksaan dalam, episiotomi, induksi persalinan, tindakan operatif, maupun prosedur lainnya yang dilakukan tanpa penjelasan mengenai tujuan, manfaat, risiko, dan alternatif tindakan. Kondisi tersebut merupakan pelanggaran terhadap prinsip otonomi dan hak perempuan untuk menentukan pilihan terkait tubuh dan kesehatannya.
d) Pelanggaran privasi dan kerahasiaan (*non-confidential care*) merupakan tindakan yang tidak menghormati hak perempuan atas privasi selama proses pelayanan. Bentuknya antara lain melakukan pemeriksaan tanpa tirai atau pembatas,

membiarkan orang lain yang tidak berkepentingan berada di ruang persalinan tanpa persetujuan perempuan, membuka bagian tubuh yang tidak perlu, serta membocorkan informasi kesehatan kepada pihak lain tanpa izin. Pelanggaran terhadap privasi dapat menurunkan rasa aman dan kepercayaan perempuan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

e) Diskriminasi (*discrimination*) adalah pemberian pelayanan yang berbeda karena usia, suku, agama, ras, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, status perkawinan, disabilitas, penyakit tertentu, maupun latar belakang budaya perempuan. Diskriminasi dapat menyebabkan perempuan memperoleh pelayanan yang tidak setara, mengalami keterlambatan penanganan, atau diperlakukan secara tidak adil. Praktik ini bertentangan dengan prinsip kesetaraan dan hak setiap perempuan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas.

f) Pengabaian atau penelantaran (*abandonment and neglect*) terjadi ketika perempuan tidak memperoleh perhatian, pemantauan, atau pertolongan yang dibutuhkan selama persalinan. Bentuknya dapat berupa keterlambatan memberikan pelayanan, membiarkan perempuan menghadapi persalinan tanpa pendampingan tenaga kesehatan, mengabaikan keluhan nyeri atau tanda bahaya, maupun tidak memberikan respons terhadap permintaan bantuan. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko komplikasi maternal maupun neonatal serta memberikan pengalaman persalinan yang traumatis.

g) Komunikasi yang tidak efektif (*ineffective communication*) ditandai dengan kurangnya penyampaian informasi mengenai kondisi ibu, perkembangan persalinan, maupun tindakan yang akan dilakukan. Selain itu, tenaga kesehatan tidak memberikan kesempatan kepada perempuan untuk bertanya, tidak mendengarkan kekhawatiran pasien, atau menggunakan bahasa yang sulit dipahami. Komunikasi yang buruk menghambat terbentuknya hubungan terapeutik dan dapat menurunkan kepuasan terhadap pelayanan maternitas.

h) Pembatasan hak perempuan (*restriction of women's rights and autonomy*) meliputi pembatasan terhadap hak perempuan untuk didampingi oleh orang yang dipilih selama persalinan, menentukan posisi persalinan yang nyaman dan aman, bergerak selama kala I persalinan apabila tidak terdapat kontraindikasi, memperoleh informasi yang lengkap, serta berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait pelayanan yang diterimanya. Pembatasan tersebut mengurangi otonomi perempuan dan

bertentangan dengan prinsip *Respectful Maternity Care* yang menempatkan perempuan sebagai pusat pelayanan.

F. Implementasi Respectful Maternity Care dalam Persalinan

a) **Implementasi RMC sebagai Transformasi Budaya Pelayanan**

Implementasi *Respectful Maternity Care* (RMC) merupakan proses transformasi budaya pelayanan yang mengintegrasikan penghormatan terhadap hak, martabat, otonomi, dan pengalaman perempuan ke dalam seluruh rangkaian pelayanan maternitas. RMC tidak hanya dipahami sebagai serangkaian prosedur klinis, tetapi sebagai pendekatan pelayanan yang berpusat pada perempuan (*woman-centered care*) dan menempatkan pengalaman positif selama persalinan sebagai salah satu indikator mutu pelayanan. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi RMC memerlukan perubahan paradigma seluruh tenaga kesehatan dari pelayanan yang berorientasi pada prosedur menjadi pelayanan yang mengutamakan kemitraan dengan perempuan, komunikasi yang saling menghormati, serta pengambilan keputusan yang melibatkan perempuan secara aktif. Perubahan budaya tersebut juga harus didukung oleh kepemimpinan yang berkomitmen terhadap pelayanan yang bermutu, penghormatan terhadap hak asasi manusia, dan perbaikan mutu yang berkelanjutan sehingga nilai-nilai RMC menjadi bagian dari budaya organisasi, bukan sekadar kebijakan tertulis (Australian College of Midwives, 2025; Habib et al., 2023; Ikezoe et al., 2025).

b) **Implementasi RMC pada Tingkat Pelayanan Klinis**

Implementasi RMC pada tingkat pelayanan klinis dimulai sejak perempuan pertama kali datang ke fasilitas kesehatan hingga memasuki masa nifas. Pada tahap admisi, perempuan perlu disambut secara ramah, diberikan penjelasan mengenai alur pelayanan, serta memperoleh informasi yang jelas mengenai kondisi dan rencana penatalaksanaan. Selama kala I persalinan, tenaga kesehatan menerapkan komunikasi yang efektif, memberikan dukungan emosional, menjaga privasi, menghormati pilihan perempuan mengenai pendamping persalinan, serta memfasilitasi mobilisasi dan metode pengurangan nyeri sesuai kondisi klinis. Memasuki kala II dan kala III persalinan, setiap tindakan medis maupun kebidanan dilakukan berdasarkan indikasi klinis dan diawali dengan penjelasan serta persetujuan perempuan (*informed consent*). Setelah bayi lahir, pelayanan dilanjutkan dengan kontak kulit antara ibu dan bayi (*skin-to-skin contact*), inisiasi menyusu dini

apabila memungkinkan, pemantauan kondisi ibu dan bayi, edukasi kesehatan, dukungan menyusui, serta evaluasi pengalaman persalinan sebagai bagian dari pelayanan nifas awal. Dengan demikian, implementasi RMC tidak berhenti pada proses kelahiran, tetapi berlanjut hingga perempuan merasa aman, dihargai, dan memperoleh dukungan yang berkesinambungan selama masa transisi menjadi seorang ibu (Pablo et al., 2024; Shafqat et al., 2025; WHO, 2025).

c) **Implementasi RMC pada Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Keberhasilan implementasi RMC sangat dipengaruhi oleh kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dalam membangun sistem yang mendukung pelayanan yang berpusat pada perempuan. Hal tersebut meliputi penyusunan standar operasional prosedur yang mengintegrasikan prinsip-prinsip RMC, penyediaan ruang persalinan yang menjamin privasi, ketersediaan sarana pendukung bagi pendamping persalinan, serta pelaksanaan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan mengenai komunikasi terapeutik, etika profesi, pelayanan berbasis bukti, dan pencegahan *mistreatment*. Selain itu, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengembangkan indikator mutu yang tidak hanya mengukur luaran klinis ibu dan bayi, tetapi juga pengalaman perempuan selama menerima pelayanan melalui survei kepuasan, *patient-reported experience measures* (PREMs), audit mutu pelayanan maternitas, serta mekanisme pelaporan dan tindak lanjut terhadap kejadian *disrespect and abuse*. Pendekatan tersebut memungkinkan fasilitas kesehatan melakukan evaluasi secara berkelanjutan dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan untuk meningkatkan mutu pelayanan maternitas (Fentie et al., 2025; Habib et al., 2023).

d) **Implementasi RMC melalui Penguatan Sistem Kesehatan**

Implementasi RMC memerlukan dukungan sistem kesehatan yang kuat agar dapat diterapkan secara konsisten dan berkelanjutan. Pada tingkat kebijakan, pemerintah memiliki peran dalam menyusun regulasi, standar pelayanan, serta indikator mutu yang mengintegrasikan prinsip-prinsip RMC ke dalam pelayanan kesehatan maternal. Organisasi profesi berperan dalam menyusun pedoman praktik, kode etik, dan program pengembangan profesional berkelanjutan, sedangkan institusi pendidikan bertanggung jawab mengintegrasikan konsep RMC ke dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan sehingga kompetensi mengenai pelayanan yang berpusat pada perempuan telah dibangun sejak masa pendidikan. Di sisi lain, penelitian dan inovasi perlu terus dikembangkan untuk mengevaluasi efektivitas implementasi RMC,

mengidentifikasi hambatan yang dihadapi di berbagai konteks pelayanan, serta menghasilkan strategi yang lebih efektif dalam meningkatkan pengalaman perempuan selama persalinan. Sinergi antara pemerintah, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, institusi pendidikan, peneliti, dan masyarakat menjadi fondasi utama dalam membangun sistem pelayanan maternitas yang aman, bermutu, berkeadilan, dan menghormati hak-hak setiap perempuan (Australian College of Midwives, 2025; Miranda et al., 2025; WHO, 2025).

G. Strategi Penguatan dan Implementasi Respectful Maternity Care

Keberhasilan implementasi *Respectful Maternity Care* (RMC) memerlukan strategi yang komprehensif dan berkelanjutan, tidak hanya pada tingkat individu tenaga kesehatan, tetapi juga pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, institusi pendidikan, dan sistem kesehatan secara keseluruhan. Penguatan implementasi RMC diawali dengan peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan mengenai komunikasi terapeutik, *woman-centered care*, etika profesi, hak asasi manusia, *shared decision-making*, serta pelayanan yang sensitif terhadap budaya. Berbagai kajian menunjukkan bahwa pelatihan RMC, refleksi praktik, pendampingan (*mentoring*), dan intervensi perubahan perilaku tenaga kesehatan mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik pelayanan yang lebih menghormati hak, martabat, dan preferensi perempuan selama persalinan, sehingga menjadi salah satu strategi yang paling efektif dalam mengurangi praktik *mistreatment* di fasilitas pelayanan kesehatan (Habib et al., 2023; Pablo et al., 2024).

Selain penguatan kapasitas tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengintegrasikan prinsip-prinsip RMC ke dalam tata kelola organisasi melalui penyusunan standar operasional prosedur, penyediaan sarana yang menjamin privasi dan kenyamanan perempuan, penguatan supervisi klinis, serta penerapan audit mutu secara berkala. Evaluasi mutu pelayanan tidak lagi hanya berfokus pada luaran maternal dan neonatal, tetapi juga mencakup pengalaman perempuan selama menerima pelayanan melalui *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs), survei kepuasan, audit pengalaman persalinan, serta mekanisme pelaporan dan tindak lanjut terhadap kejadian *disrespect and abuse*. Pendekatan tersebut memungkinkan fasilitas pelayanan kesehatan mengidentifikasi kesenjangan pelayanan, mengembangkan budaya keselamatan, dan melakukan perbaikan mutu secara berkelanjutan sebagai bagian dari implementasi RMC (Pablo et al., 2024; WHO, 2025).

Penguatan implementasi RMC juga memerlukan dukungan kebijakan pada tingkat nasional dan organisasi profesi. Pemerintah berperan dalam mengembangkan regulasi, indikator mutu,

sistem akreditasi, serta mekanisme monitoring dan evaluasi yang mengintegrasikan prinsip-prinsip RMC ke dalam pelayanan kesehatan maternal. Organisasi profesi memiliki tanggung jawab dalam menyusun pedoman praktik, memperkuat kode etik profesi, serta memfasilitasi pengembangan profesional berkelanjutan. Di sisi lain, institusi pendidikan perlu mengintegrasikan konsep RMC ke dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan sehingga kompetensi mengenai pelayanan yang berpusat pada perempuan, komunikasi yang menghormati hak pasien, dan praktik berbasis bukti telah dibangun sejak tahap pendidikan dasar hingga pendidikan berkelanjutan (Australian College of Midwives, 2025; Miranda et al., 2025).

Kolaborasi multipihak menjadi kunci keberhasilan implementasi RMC. Sinergi antara pemerintah, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, institusi pendidikan, peneliti, organisasi masyarakat, serta perempuan dan keluarganya akan memperkuat budaya pelayanan yang berpusat pada perempuan. Keterlibatan perempuan dalam penyusunan kebijakan, evaluasi mutu pelayanan, serta pengembangan inovasi pelayanan maternitas juga menjadi komponen penting untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan harapan pengguna layanan. Pendekatan kolaboratif tersebut mendukung terciptanya sistem pelayanan yang lebih responsif, akuntabel, dan berkelanjutan dalam mewujudkan pelayanan maternitas yang aman, bermutu, dan bermartabat (Pablo et al., 2024; WHO, 2025).

H. Tantangan dan Arah Pengembangan Respectful Maternity Care

Keberhasilan implementasi *Respectful Maternity Care* (RMC) memerlukan strategi yang komprehensif dan berkelanjutan pada berbagai tingkatan, mulai dari tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, hingga sistem kesehatan. Salah satu strategi utama adalah penguatan kapasitas sumber daya manusia melalui pendidikan, pelatihan, *coaching*, dan *mentoring* yang berfokus pada komunikasi terapeutik, pelayanan berpusat pada perempuan (*woman-centered care*), etika profesi, hak asasi manusia, *shared decision-making*, serta kompetensi budaya (*cultural competence*). Selain meningkatkan pengetahuan dan keterampilan klinis, pelatihan RMC perlu mendorong perubahan sikap dan perilaku tenaga kesehatan agar mampu memberikan pelayanan yang menghormati hak, martabat, dan preferensi perempuan. Kajian terbaru menunjukkan bahwa program pelatihan yang dikombinasikan dengan pendampingan di tempat kerja, umpan balik berkala, dan mekanisme refleksi praktik memberikan dampak yang lebih efektif dalam meningkatkan kualitas pelayanan dibandingkan pelatihan konvensional semata (Tajvar et al., 2025; Yargawa et al., 2025).

Pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, implementasi RMC perlu diintegrasikan ke dalam tata kelola organisasi melalui penyusunan standar operasional prosedur yang berorientasi pada perempuan, penyediaan lingkungan pelayanan yang menjamin privasi dan kenyamanan, serta penguatan sistem supervisi dan peningkatan mutu pelayanan. Evaluasi mutu tidak hanya berfokus pada luaran maternal dan neonatal, tetapi juga pada pengalaman perempuan selama memperoleh pelayanan melalui *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs), audit pelayanan maternitas, mekanisme pelaporan *mistreatment*, serta tindak lanjut terhadap hasil evaluasi. Pendekatan tersebut mendorong terbentuknya budaya organisasi yang menjunjung keselamatan, penghormatan, dan akuntabilitas sehingga implementasi RMC menjadi bagian dari sistem peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan (WHO, 2025).

Strategi penguatan RMC juga memerlukan dukungan kebijakan yang berpihak pada pelayanan maternitas yang bermartabat. Pemerintah, organisasi profesi, dan institusi pendidikan memiliki peran penting dalam mengintegrasikan prinsip-prinsip RMC ke dalam regulasi, standar kompetensi, kurikulum pendidikan, serta pengembangan profesional berkelanjutan. Kurikulum pelatihan RMC sebaiknya tidak hanya menekankan aspek klinis, tetapi juga membangun kemampuan komunikasi, kepemimpinan, kerja sama interprofesional, penghormatan terhadap hak perempuan, serta mekanisme umpan balik yang memungkinkan tenaga kesehatan melakukan perbaikan praktik secara berkelanjutan. Pengembangan paket pelatihan yang terstruktur dan berbasis bukti menjadi salah satu strategi yang direkomendasikan untuk memperluas implementasi RMC di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan (Tajvar et al., 2025; Yargawa et al., 2025).

Penguatan implementasi RMC pada akhirnya memerlukan kolaborasi lintas sektor yang melibatkan pemerintah, organisasi profesi, institusi pendidikan, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi masyarakat, serta perempuan dan keluarganya sebagai mitra dalam penyelenggaraan pelayanan maternitas. Pelibatan perempuan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi pelayanan merupakan komponen penting untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan benar-benar responsif terhadap kebutuhan dan harapan pengguna layanan. Pendekatan kolaboratif tersebut diharapkan mampu membangun sistem pelayanan kesehatan yang lebih inklusif, akuntabel, dan berkelanjutan sehingga prinsip-prinsip *Respectful Maternity Care* tidak hanya menjadi standar pelayanan, tetapi juga menjadi budaya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal (WHO, 2025; Yargawa et al., 2025).

I. Penutup

Respectful Maternity Care merupakan fondasi penting dalam mewujudkan pelayanan persalinan yang tidak hanya berorientasi pada keselamatan klinis, tetapi juga menghormati hak, martabat, otonomi, dan pengalaman setiap perempuan. Penerapan RMC menuntut komitmen bersama dari tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, institusi pendidikan, pemerintah, serta masyarakat untuk membangun budaya pelayanan yang berpusat pada perempuan dan bebas dari segala bentuk *disrespect* dan *abuse*. Dengan semakin berkembangnya bukti ilmiah dan kebijakan yang mendukung pelayanan maternitas yang bermartabat, diharapkan prinsip-prinsip RMC dapat diimplementasikan secara konsisten dalam setiap tingkat pelayanan kesehatan. Pada akhirnya, pelayanan persalinan yang menghormati perempuan tidak hanya akan meningkatkan kualitas pengalaman persalinan dan kepuasan terhadap pelayanan, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan derajat kesehatan ibu dan bayi serta terwujudnya sistem pelayanan kesehatan yang lebih adil, humanis, dan berkelanjutan.

Referensi

Association of Women's Health, O. and N. N. (2022). Respectful Maternity Care Framework and Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN, *51*(2), e3–e54. https://doi.org/10.1016/J.JOGN.2022.01.001

Australian College of Midwives. (2025). Respectful Maternity Care.

Cantor, A. G., Jungbauer, R. M., Skelly, A. C., Hart, E. L., Jorda, K., Davis-O'Reilly, C., Caughey, A. B., & Tilden, E. L. (2024). Respectful Maternity Care : A Systematic Review. Annals of Internal Medicine, 177(1), 50–64. https://doi.org/10.7326/M23-2676

Cull, J., Thomson, G., Downe, S., Topalidou, A., & Fine, M. (2025). Empowering women through trauma-informed maternity care: the EMPATHY framework. Frontiers in Global Women's Health, 6. https://doi.org/10.3389/FGWH.2025.1608174

Cummins, A., Griew, K., Devonport, C., Ebbett, W., Catling, C., & Baird, K. (2022). Exploring the value and acceptability of an antenatal and postnatal midwifery continuity of care model to women and midwives, using the Quality Maternal Newborn Care Framework. Women and Birth, *35*(1), 59–69. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.006

Dolatabadi, Z., Farahani, L. A., Zargar, Z., Haghani, S., & Mousavi, S. S. (2025). Disrespect and abuse during childbirth and associated factors among women: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 229. https://doi.org/10.1186/S12884-025-07369-7

Faktor, L., Small, K., Bradfield, Z., Baird, K., Fenwick, J., Gray, J. E., Robinson, M., Warton, C., Cusack, S., & Homer, C. S. (2024). What do women in Australia want from their maternity care: A scoping review. Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives, 37(2), 278–287. https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2023.12.003

Fentie, T. A., Solomon, A. A., Enyew, M. M., Beyene, M. M., Melese, A. K., Belay, A. E., & Alemu, G. G. (2025). Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth at public health institutions in Debre Tabor town, Northwest Ethiopia: a mixed-methods study. Frontiers in Global Women's Health, 6, 1513906. https://doi.org/10.3389/FGWH.2025.1513906/FULL

Fox, D., Scarf, V., Turkmani, S., Rossiter, C., Coddington, R., Sheehy, A., Catling, C., Cummins, A., & Baird, K. (2023). Midwifery continuity of care for women with complex pregnancies in Australia: An integrative review. Women and Birth, 36(2), e187–e194. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.001

Gregory, S., Caffrey, L., Daly, D., & Sheaf, G. (2025). How Woman-Centred Care Is Experienced and Understood in Maternity Services by Women and Professionals: A Rapid Review. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 39(3). https://doi.org/10.1111/SCS.70086

Habib, H. H., Mwaisaka, J., Torpey, K., Maya, E. T., & Ankomah, A. (2023). Are respectful maternity care (RMC) interventions effective in reducing intrapartum mistreatment against adolescents? A systematic review. Frontiers in Global Women's Health, 4. https://doi.org/10.3389/FGWH.2023.1048441

Ikezoe, H., Horiuchi, S., & Girón, M. (2025). Effectiveness of a respectful maternity care program in a Guatemalan indigenous region rural hospital: a quasi-experimental study. Frontiers in Global Women's Health, 6, 1640952. https://doi.org/10.3389/FGWH.2025.1640952

Kawish, A. B., Umer, M. F., Arshed, M., Khan, S. A., Hafeez, A., & Waqar, S. (2023). Respectful Maternal Care Experience in Low- and Middle-Income Countries: A

Systematic Review. Medicina (Kaunas, Lithuania), 59(10). https://doi.org/10.3390/MEDICINA59101842

Lunda, P., Minnie, C. S., & Lubbe, W. (2024). Perspectives of midwives on respectful maternity care. BMC Pregnancy and Childbirth, 24(1). https://doi.org/10.1186/S12884-024-06894-1

Miranda, J., Bareghamyan, H., Therrien, M. N. S., Lalonde, A., Steinholt, M., Palestra, F., Pascali-Bonaro, D., Kliucinskas, M., Basavilvazo Rodríguez, M. A., Ajak, G., Amaral, E., Okong, P., Essèn, B., Jacobsson, B., & Miller, S. (2025). FIGO statement on respectful care: Addressing disrespectful maternity care. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 171(3), 983–992. https://doi.org/10.1002/IJGO.70513

Mirzania, M., Shakibazadeh, E., Maleki, A., Noorafrooz, M., Karimi, N., Mayra, K., Dashtkoohi, M., & Hantoushzadeh, S. (2025). Prevalence of mistreatment and disrespect of women during childbirth in the world: a systematic review and meta-analysis. Reproductive Health, 22(1). https://doi.org/10.1186/S12978-025-02119-6

O'Reilly, E., Buchanan, K., & Bayes, S. (2025). Emotional safety in maternity care: An evolutionary concept analysis. Midwifery, 140. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104220

Pablo, M. C., Ildefonso, H. A., & Elisa, C. R. (2024). Respectful maternity care interventions to address women mistreatment in childbirth: What has been done? BMC Pregnancy and Childbirth, 24(1). https://doi.org/10.1186/S12884-024-06524-W

Shafqat, N., Jyotika, K., Pushpalatha, K., Radha, K., & Mondal, M. (2025). Respectful maternity care during childbirth: postnatal women's perspectives. Cross-sectional study from central India: February -December 2023. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 76(2), 4433. https://doi.org/10.18597/RCOG.4433

Tajvar, M., Alipour, S., Atashbahar, O., Shakibazadeh, E., Saeed, A. S., & Khaledian, Z. (2025). Promoting respectful maternity care: a quasi-experimental study on the effectiveness of an educational intervention in Iranian hospitals. Reproductive Health, 22(1). https://doi.org/10.1186/S12978-025-01969-4

WHO. (2025). Compendium on respectful maternal and newborn care. https://iris.who.int/.

Yalley, A. A., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kömürcü-Akik, B., & de Abreu, L. (2024). Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. Frontiers in Public Health, 12, 1388858. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2024.1388858/TEXT

Yargawa, J., Daniele, M., Pickerill, K., Vidler, M., Koech, A., Jah, H., Mwashigadi, G., Mwaniki, M., von Dadelszen, P., Temmerman, M., Filippi, V., & Blencowe, H. (2025). Content and design of respectful maternity care training packages for health workers in sub-Saharan Africa: Scoping review. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 168(3), 857–874. https://doi.org/10.1002/IJGO.15938

ISSN 3063-4946

BAB III

Etika, Komunikasi, dan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Maternitas

Siti Juariah, S.ST., M.H.Kes., Bd.

A. Etika dan Keselamatan sebagai Fondasi Pelayanan Maternitas

Pelayanan maternitas berlangsung pada fase kehidupan yang sehat secara fisiologis, tetapi dapat berubah menjadi kegawatdaruratan dalam waktu singkat. Di dalamnya terdapat dua penerima manfaat yang saling berhubungan, yaitu perempuan dan janin atau bayi, serta keluarga yang ikut membentuk keputusan. Kompleksitas ini membuat mutu klinis tidak dapat dipisahkan dari etika dan komunikasi. Tindakan yang secara teknis tepat belum tentu bermutu apabila dilakukan tanpa penjelasan, persetujuan, privasi, atau penghormatan terhadap pilihan perempuan. Sebaliknya, komunikasi yang hangat tanpa kemampuan mengenali bahaya juga tidak cukup menjamin keselamatan. Pelayanan maternitas yang baik menyatukan kompetensi klinis, penghormatan martabat, pengambilan keputusan bersama, dan sistem pencegahan bahaya yang dapat dihindari (World Health Organization [WHO], 2021a, 2024a).

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai kerangka kegiatan terorganisasi yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan untuk menurunkan risiko secara konsisten, mengurangi kejadian bahaya yang dapat dihindari, serta mengurangi dampaknya ketika insiden terjadi. Rencana Aksi Global Keselamatan Pasien 2021–2030 menempatkan pelayanan yang aman dan menghormati pasien sebagai tujuan sistem kesehatan, bukan sekadar tanggung jawab individu. Dalam pelayanan maternitas, kerangka tersebut mencakup pencegahan perdarahan, hipertensi, infeksi, kesalahan obat, keterlambatan rujukan, dan cedera neonatal, sekaligus pencegahan tindakan tanpa persetujuan, perlakuan merendahkan, diskriminasi, dan pengabaian kebutuhan emosional (WHO, 2021a, 2021b).

Etika klinis memberi arah tentang apa yang seharusnya dilakukan ketika terdapat beberapa pilihan, nilai, atau kepentingan yang mungkin berbeda. Keselamatan pasien memberi metode

untuk mengenali bagaimana proses pelayanan dapat gagal dan bagaimana kegagalan itu dicegah. Komunikasi menghubungkan keduanya. Melalui komunikasi, tenaga kesehatan memperoleh riwayat yang akurat, menjelaskan risiko dan manfaat, memastikan persetujuan, membangun koordinasi tim, melakukan eskalasi, serta melibatkan perempuan dan keluarga dalam deteksi perubahan kondisi. Karena itu, masalah komunikasi tidak boleh dipandang sebagai persoalan keramahan semata. Informasi yang hilang, ambigu, terlambat, atau tidak dipahami dapat menghasilkan keputusan yang salah dan memperbesar risiko cedera (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2023; WHO, 2023a).

Pelayanan maternitas mencakup masa prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, menyusui, keluarga berencana, dan perawatan bayi baru lahir. Pada setiap tahap terdapat titik rawan yang berbeda. Pada antenatal, kegagalan dapat berupa tidak dikenalnya faktor risiko atau hasil pemeriksaan yang tidak ditindaklanjuti. Pada persalinan, kegagalan dapat berupa pemantauan yang tidak lengkap, keterlambatan mengenali perburukan, atau koordinasi yang tidak jelas. Pada masa nifas, bahaya dapat muncul setelah ibu pulang ketika tanda perdarahan, infeksi, hipertensi, atau gangguan mental tidak dipahami. Pendekatan keselamatan harus mengikuti seluruh kontinuum, termasuk transisi antarunit dan antarfasilitas (WHO, 2022a; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2024a).

Hak pasien dan keselamatan saling memperkuat. Hak atas informasi memungkinkan perempuan mengenali tanda bahaya dan berpartisipasi dalam keputusan. Hak atas privasi mendorong pengungkapan riwayat sensitif secara jujur. Hak atas pelayanan tanpa diskriminasi meningkatkan akses kelompok rentan. Hak untuk didengar memungkinkan keluhan tentang perubahan kondisi menjadi sinyal dini. Patient Safety Rights Charter menegaskan hak atas pelayanan tepat waktu, proses yang aman, tenaga yang kompeten, informasi, akses rekam medis, pengambilan keputusan yang didukung, martabat, kerahasiaan, keterlibatan keluarga, serta penyelesaian yang adil setelah insiden. Hak-hak tersebut relevan langsung bagi praktik kebidanan sehari-hari (WHO, 2024a, 2024b).

Pandangan bahwa keselamatan semata-mata berarti "tidak melakukan kesalahan" cenderung menghasilkan budaya menyalahkan. Pelayanan modern memahami bahwa insiden biasanya terbentuk oleh interaksi faktor pasien, tugas, teknologi, lingkungan, tim, organisasi, dan kebijakan. Seorang bidan dapat lupa menyampaikan hasil laboratorium karena sistem tidak memberi penanda; petugas dapat menunda eskalasi karena hierarki; obat dapat salah diberikan karena label mirip; dan rujukan dapat terlambat karena tanggung jawab transportasi tidak jelas. Pertanggungjawaban profesional tetap penting, tetapi perbaikan harus menelusuri kondisi yang

memungkinkan kegagalan, bukan berhenti pada siapa yang terakhir menyentuh pasien (WHO, 2021a; Kemenkes RI, 2022a).

Di Indonesia, pelayanan aman juga memiliki dasar hukum dan regulasi. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menempatkan mutu, keselamatan, hak pasien, kompetensi tenaga kesehatan, dan tanggung jawab fasilitas dalam penyelenggaraan kesehatan. Peraturan pelaksanaannya memperinci kewajiban pelayanan dan tata kelola. Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 mengatur indikator nasional mutu, sedangkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 mengatur rekam medis sebagai sumber informasi klinis dan bukti kesinambungan pelayanan. Standar akreditasi rumah sakit dan sistem rujukan memperkuat kebutuhan identifikasi pasien, komunikasi efektif, manajemen risiko, pelaporan insiden, serta koordinasi antarfasilitas (Republik Indonesia, 2023, 2024; Kemenkes RI, 2022a, 2022b, 2024a).

B. Prinsip Etika, Hak, dan Pengambilan Keputusan Klinis

Empat prinsip yang sering digunakan dalam etika klinis adalah menghormati otonomi, berbuat baik, tidak merugikan, dan berlaku adil. Otonomi berarti perempuan memperoleh informasi yang memadai dan ruang untuk mengambil keputusan sesuai nilai serta preferensinya. Berbuat baik mengarahkan tenaga kesehatan memilih intervensi yang memberikan manfaat. Tidak merugikan menuntut pengurangan risiko tindakan maupun risiko tidak bertindak. Keadilan menuntut pelayanan berdasarkan kebutuhan tanpa diskriminasi. Keempat prinsip tidak selalu menghasilkan jawaban otomatis; fungsinya adalah membantu mengurai alasan, kepentingan, pilihan, serta konsekuensi secara transparan ketika tim menghadapi dilema (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021; WHO, 2024a).

Otonomi bukan berarti tenaga kesehatan hanya menyerahkan semua pilihan kepada pasien tanpa dukungan. Dalam pelayanan maternitas, istilah teknis, ketidakpastian, nyeri, kecemasan, dan keterbatasan waktu dapat menyulitkan keputusan. Otonomi yang bermakna memerlukan penjelasan yang dapat dipahami, kesempatan bertanya, eksplorasi nilai, dan rekomendasi profesional yang jujur. Tenaga kesehatan boleh merekomendasikan pilihan terbaik berdasarkan bukti, tetapi harus membedakan rekomendasi dari paksaan. Kalimat “Ibu harus” perlu diganti dengan uraian mengenai kondisi, pilihan yang tersedia, manfaat dan risikonya, alasan rekomendasi, serta apa yang mungkin terjadi bila tindakan ditunda atau ditolak (ACOG, 2021; Shuler et al., 2023).

Informed consent merupakan proses komunikasi berkelanjutan, bukan tanda tangan semata. Unsurnya mencakup kapasitas mengambil keputusan, informasi yang relevan,

pemahaman, kesukarelaan, dan persetujuan. Informasi mencakup diagnosis atau kondisi, tujuan tindakan, manfaat yang diharapkan, risiko material, alternatif termasuk tidak melakukan tindakan, dan kesempatan menarik persetujuan. Pada persalinan, persetujuan perlu diperbarui ketika kondisi atau rencana berubah. Formulir membantu dokumentasi, tetapi tidak dapat menggantikan percakapan. Meminta tanda tangan saat perempuan kesakitan setelah keputusan praktis telah dibuat tidak memenuhi semangat persetujuan yang bermakna (ACOG, 2021; WHO, 2025a).

Kapasitas keputusan bersifat spesifik terhadap keputusan dan waktu. Nyeri, kelelahan, obat, gangguan kesadaran, gangguan mental, atau kondisi gawat dapat memengaruhi kemampuan memahami dan menimbang informasi. Kapasitas tidak boleh dinilai hanya dari tingkat pendidikan, status sosial, usia dewasa muda, disabilitas, atau perbedaan pendapat dengan petugas. Bila kapasitas diragukan, tenaga kesehatan perlu menyederhanakan informasi, mengurangi gangguan, mengatasi nyeri, menggunakan penerjemah, dan memberi waktu bila aman. Dalam kegawatdaruratan yang benar-benar mengancam nyawa ketika pasien tidak mampu dan wakil tidak tersedia, tindakan dapat dilakukan sesuai ketentuan, dengan alasan dan proses yang didokumentasikan secara rinci (Republik Indonesia, 2023, 2024).

Konflik dapat muncul ketika perempuan menolak transfusi, induksi, pemeriksaan vaginal, pemantauan, seksio sesarea, atau intervensi lain yang dinilai tim bermanfaat. Penolakan bukan akhir komunikasi dan bukan bukti ketidakmampuan. Tim perlu menilai pemahaman, alasan, pengalaman sebelumnya, nilai budaya atau agama, ketakutan, biaya, dan kemungkinan alternatif. Risiko harus dijelaskan tanpa ancaman atau rasa malu. Tekanan seperti “kalau bayi meninggal itu salah Ibu” merusak hubungan terapeutik dan dapat menjadi bentuk paksaan. Dokumentasi penolakan memuat informasi yang diberikan, pertanyaan pasien, pilihan alternatif, rencana pemantauan, dan tanda bahaya (ACOG, 2021; WHO, 2025a).

Kepentingan janin sering menimbulkan dilema, tetapi perempuan hamil tetap merupakan pasien dengan hak atas integritas tubuh dan keputusan. Upaya melindungi janin dilakukan melalui hubungan kepercayaan, rekomendasi berbasis bukti, akses terhadap pilihan yang aman, dan pengurangan hambatan, bukan melalui penghukuman. Perspektif yang hanya melihat perempuan sebagai sarana bagi keselamatan janin berisiko mengabaikan kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosialnya. Keputusan klinis perlu mempertimbangkan manfaat-risiko bagi keduanya, tingkat kepastian bukti, urgensi, alternatif yang kurang invasif, serta nilai perempuan yang akan menjalani konsekuensi tindakan (ACOG, 2021; WHO, 2025a).

Keadilan menuntut perhatian khusus pada pasien yang menghadapi hambatan lebih besar: remaja, perempuan miskin, penyandang disabilitas, migran, kelompok bahasa minoritas, pasien tanpa pasangan, korban kekerasan, atau perempuan dengan penyakit menular. Perlakuan yang sama tidak selalu adil apabila kebutuhan berbeda. Penerjemah, akses fisik, materi mudah dibaca, waktu konsultasi tambahan, pendamping pilihan, mekanisme pembiayaan, dan rujukan perlindungan dapat diperlukan agar kesempatan memperoleh pelayanan aman benar-benar setara. Diskriminasi dan stereotip dapat menghasilkan pengabaian keluhan, tindakan tanpa izin, atau penundaan pertolongan (WHO, 2024a, 2025a).

C. Komunikasi Terapeutik dan Pengambilan Keputusan Bersama

Komunikasi terapeutik dimulai dengan membangun rasa aman. Tenaga kesehatan memperkenalkan diri dan perannya, memastikan identitas pasien, menanyakan cara panggilan yang disukai, menjaga privasi, dan menjelaskan tujuan percakapan atau pemeriksaan. Pertanyaan terbuka seperti "Apa yang paling Ibu khawatirkan?" membantu mengungkap prioritas yang mungkin tidak muncul dari daftar pertanyaan klinis. Mendengarkan aktif ditunjukkan melalui perhatian, jeda, klarifikasi, dan rangkuman. Respons empatik mengakui pengalaman tanpa membuat janji palsu, misalnya "Saya melihat Ibu sangat cemas; mari kita bahas apa yang sedang terjadi dan pilihan yang tersedia" (WHO, 2025a; Cantor et al., 2024).

Bahasa harus konkret, singkat, dan bebas jargon. Istilah seperti preeklamsia, fetal distress, induksi, atau atonia perlu dijelaskan dengan kata sehari-hari tanpa menghilangkan ketepatan. Informasi sebaiknya dibagi menjadi bagian kecil, dimulai dari hal yang paling penting. Angka risiko dapat disampaikan dalam bentuk frekuensi absolut dan kerangka waktu, bukan hanya istilah "jarang" atau "tinggi". Bila bukti tidak pasti, ketidakpastian perlu disebutkan. Kejujuran mengenai keterbatasan tidak mengurangi kepercayaan; sebaliknya, pernyataan yang terlalu pasti dapat merusak hubungan ketika hasil tidak sesuai harapan (ACOG, 2021; WHO, 2024a).

Metode teach-back membantu memastikan pemahaman tanpa menguji atau mempermalukan pasien. Petugas dapat mengatakan, "Agar saya yakin penjelasan saya jelas, dapatkah Ibu menceritakan kembali kapan harus segera kembali ke fasilitas?" Jika jawaban belum tepat, petugas memperbaiki penjelasannya, bukan menyalahkan pasien. Teknik ini penting saat menjelaskan tanda bahaya, aturan obat, perawatan luka, jadwal kontrol, menyusui, atau pemantauan bayi. Materi tertulis, gambar, dan Buku KIA mendukung percakapan, tetapi tidak menggantikan konfirmasi pemahaman, terutama pada pasien dengan literasi kesehatan terbatas (Kemenkes RI, 2024b; WHO, 2022a).

Pengambilan keputusan bersama menggabungkan bukti terbaik dengan nilai dan preferensi pasien. Prosesnya dapat diringkas menjadi menyatakan bahwa ada keputusan, menjelaskan pilihan, membandingkan manfaat-risiko, mengeksplorasi hal yang penting bagi pasien, dan mencapai keputusan atau rencana peninjauan. Dalam pilihan cara persalinan setelah seksio sebelumnya, misalnya, pembahasan tidak cukup menyebut "normal" atau "operasi". Tim perlu menjelaskan peluang keberhasilan, risiko ruptur, konsekuensi operasi ulang, kesiapan fasilitas, pengalaman persalinan sebelumnya, rencana keluarga, dan preferensi perempuan. Bukti menunjukkan pendekatan bersama dapat mengurangi konflik keputusan dan meningkatkan pengetahuan (Yu et al., 2024).

Rencana persalinan dapat menjadi alat komunikasi, bukan kontrak yang kaku. Percakapan mengenai pendamping, mobilitas, pengendalian nyeri, posisi melahirkan, kontak kulit, menyusui, prosedur bayi, dan situasi yang mungkin mengubah rencana membantu menyelaraskan harapan. Tinjauan mengenai birth plan menunjukkan potensinya untuk mendukung pilihan dan dialog, tetapi manfaat bergantung pada cara tenaga kesehatan meresponsnya. Menolak seluruh rencana karena layanan tidak dapat menjamin semua pilihan akan mematikan kesempatan diskusi. Pendekatan yang tepat adalah mengidentifikasi preferensi utama, menjelaskan batasan, dan mencatat kesepakatan serta alternatif (Shareef et al., 2023).

Kabar buruk dan kejadian tidak terduga memerlukan komunikasi terstruktur dan manusiawi. Pada kematian janin, kelainan, kegawatan, atau kebutuhan intervensi darurat, tim perlu menyediakan ruang yang cukup privat, menyampaikan fakta dengan kalimat langsung namun sensitif, memberi jeda, merespons emosi, dan menjelaskan langkah berikutnya. Informasi penting sering perlu diulang karena kapasitas menyerap informasi menurun saat syok. Keluarga dilibatkan sesuai keinginan pasien. Petugas menghindari spekulasi, menyalahkan, atau istilah teknis yang membingungkan. Dukungan berduka dan tindak lanjut harus menjadi bagian rencana, bukan diberikan hanya jika keluarga memintanya (WHO, 2024a).

Komunikasi setelah insiden perlu terbuka, tepat waktu, dan selaras dengan proses organisasi. Pasien dan keluarga berhak mengetahui apa yang diketahui, dampak yang terjadi, tindakan segera untuk mengatasi bahaya, proses penelaahan, serta cara memperoleh dukungan. Permintaan maaf yang empatik dapat disampaikan tanpa berspekulasi mengenai sebab sebelum investigasi selesai. Informasi baru diberikan ketika tersedia. Dokumentasi percakapan harus akurat dan tidak defensif. Transparansi bukan hanya kewajiban etik; keterbukaan memungkinkan pasien berpartisipasi dalam pemulihan dan mendorong organisasi belajar dari pengalaman (WHO, 2021a, 2024a).

D. Komunikasi Interprofesional, Serah Terima, dan Eskalasi

Keselamatan maternitas bergantung pada tim yang meliputi bidan, perawat, dokter, dokter spesialis, anestesi, tenaga neonatal, laboratorium, farmasi, bank darah, gizi, dan petugas rujukan. Peran harus jelas, tetapi batas profesi tidak boleh menghambat penyampaian kekhawatiran. Kolaborasi interprofesional yang efektif ditandai tujuan bersama, penghargaan terhadap kompetensi, komunikasi tepat waktu, keputusan transparan, dan pertanggungjawaban. Pada kegawatdaruratan, kepemimpinan perlu dinyatakan, tugas dibagi dengan nama, dan penerimaan instruksi dikonfirmasi. Tanpa struktur tersebut, beberapa orang dapat mengerjakan tugas sama sementara tugas kritis terlewat (Rayburn & Jenkins, 2021; AHRQ, 2023).

SBAR—Situation, Background, Assessment, Recommendation—membantu menyampaikan masalah secara ringkas. Situation menyebut identitas dan masalah mendesak; Background memuat konteks relevan; Assessment menyampaikan temuan dan penilaian; Recommendation menyatakan tindakan yang dibutuhkan. Contoh: "Ibu A, 34 minggu, tekanan darah 170/110 disertai nyeri ulu hati; ada riwayat hipertensi; refleks meningkat dan proteinuria positif; saya menilai preeklamsia berat dan meminta dokter menilai sekarang serta menyiapkan protokol kegawatdaruratan." SBAR tidak menggantikan penalaran klinis, tetapi mencegah pesan berhenti pada data tanpa permintaan tindakan (AHRQ, 2023; Fliegenschmidt et al., 2023).

Closed-loop communication penting saat situasi cepat. Pemberi instruksi menyebut nama penerima, tugas, dosis atau waktu secara jelas; penerima mengulang; pemberi mengonfirmasi; kemudian penerima melaporkan ketika selesai. Read-back wajib digunakan untuk hasil kritis atau instruksi verbal sesuai kebijakan. Pada resusitasi atau perdarahan, komunikasi ini mengurangi asumsi bahwa orang lain telah mengerjakan tugas. Tim juga perlu melakukan call-out untuk membagikan informasi penting secara serentak, misalnya perubahan kesadaran, jumlah perdarahan, tekanan darah, atau respons terhadap terapi. Komunikasi tertutup sangat sederhana, tetapi membutuhkan latihan agar menjadi kebiasaan (AHRQ, 2023).

Serah terima merupakan transfer informasi sekaligus tanggung jawab. Serah terima yang aman mencakup identitas, usia kehamilan atau hari postpartum, diagnosis, alergi, hasil penting, terapi, respons, masalah aktif, risiko yang diperkirakan, tugas yang belum selesai, dan kriteria eskalasi. Informasi disampaikan tanpa gangguan sejauh mungkin dan penerima diberi kesempatan bertanya. Catatan tertulis harus konsisten dengan komunikasi lisan. Pasien juga dapat dilibatkan untuk mengoreksi informasi dan memahami rencana, selama privasi tetap

dijaga. Protokol terstruktur seperti SBAR atau I-PASS meningkatkan keandalan dibanding percakapan yang sepenuhnya bergantung pada ingatan (McCarthy et al., 2025).

Eskalasi klinis harus didasarkan pada kondisi pasien, bukan senioritas petugas. Bidan yang melihat perburukan berkewajiban menyampaikan kekhawatiran dengan tegas dan menyebut urgensi. Teknik two-challenge rule memungkinkan kekhawatiran diulang bila respons pertama tidak memadai. CUS—concerned, uncomfortable, safety issue—memberi bahasa bertahap untuk menyatakan bahwa situasi telah menjadi masalah keselamatan. Bila tetap tidak tertangani, petugas mengikuti rantai komando. Organisasi harus melindungi staf yang berbicara dengan itikad baik. Keselamatan psikologis terbukti mendukung komunikasi, pembelajaran, dan kinerja keselamatan tim (Dietl et al., 2023; AHRQ, 2023).

Briefing sebelum dinas atau prosedur menyepakati rencana, peran, risiko, kesiapan alat, dan kemungkinan perubahan. Huddle dilakukan singkat ketika kondisi berkembang untuk menyusun ulang prioritas. Debrief setelah kejadian membahas apa yang berjalan baik, apa yang perlu diperbaiki, dan siapa yang menindaklanjuti. Debrief bukan forum mencari kesalahan personal, melainkan alat belajar. Pada persalinan risiko tinggi, simulasi interprofesional membantu tim berlatih komunikasi dan koordinasi dalam kondisi jarang tetapi berbahaya. Penelitian menunjukkan pelatihan obstetri berbasis simulasi dapat memperbaiki tata laksana perdarahan dan menurunkan morbiditas maternal komposit (Lutgendorf et al., 2024).

Rujukan aman dimulai sebelum kendaraan berangkat. Fasilitas pengirim menstabilkan pasien sesuai kemampuan, menghubungi penerima, menyampaikan kondisi dan kebutuhan, memastikan penerimaan, menyiapkan dokumen serta obat, menentukan pendamping kompeten, dan mengantisipasi perburukan selama perjalanan. Fasilitas penerima memberikan umpan balik. Komunikasi "silakan dirujuk" tanpa konfirmasi kapasitas, kesiapan darah, ruang operasi, atau neonatal dapat memindahkan risiko, bukan menyelesaikannya. Permenkes Nomor 16 Tahun 2024 menegaskan koordinasi dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan; prinsip ini harus diterjemahkan ke dalam prosedur maternitas yang operasional (Kemenkes RI, 2024a).

E. Manajemen Risiko pada Kontinuum Pelayanan Maternitas

Identifikasi pasien yang benar merupakan langkah awal setiap tindakan. Minimal dua identitas digunakan dan dicocokkan dengan gelang, rekam medis, label spesimen, obat, serta bayi. Nomor kamar tidak boleh menjadi identitas. Sebelum pengambilan darah, pemberian obat, transfusi, prosedur, pemindahan, dan penyerahan bayi, petugas meminta pasien

menyebutkan identitas bila mampu lalu mencocokkannya. Bayi baru lahir diberi identitas segera sesuai prosedur dan hubungan ibu-bayi diverifikasi. Kesalahan identitas dapat menyebabkan obat, hasil laboratorium, ASI perah, atau bayi diberikan kepada orang yang salah sehingga kontrol ini tidak boleh dianggap administratif (Kemenkes RI, 2022a, 2022c).

Pengkajian antenatal yang aman memadukan riwayat, pemeriksaan, hasil penunjang, dan konteks sosial. Temuan abnormal harus masuk dalam daftar masalah, diberi tingkat urgensi, ditindaklanjuti, dan dikomunikasikan kepada pasien. Sistem perlu mencegah hasil kritis berhenti di laboratorium atau aplikasi tanpa penerima yang bertanggung jawab. Rencana tindak lanjut menyebut siapa melakukan apa dan kapan. Pasien memperoleh penjelasan mengenai hasil, obat, jadwal, dan tanda bahaya. Prinsip keselamatan diagnostik menuntut pasien dan keluarga diposisikan sebagai mitra yang dapat menyampaikan perubahan, ketidaksesuaian informasi, atau hambatan mengikuti rencana (WHO, 2023a, 2024c).

Pada persalinan, pemantauan harus teratur, terdokumentasi, dan menghasilkan tindakan ketika ambang tertentu tercapai. Data denyut jantung janin, kontraksi, kemajuan persalinan, cairan, tanda vital, nyeri, dan kondisi umum tidak cukup hanya dicatat; tren perlu ditafsirkan. Kelainan yang menetap memerlukan evaluasi, komunikasi, dan eskalasi. Alat bantu seperti grafik atau sistem peringatan dini mendukung pengenalan pola, tetapi tidak menggantikan penilaian klinis. Risiko meningkat ketika beban kerja menyebabkan pengamatan terputus, ambang eskalasi tidak sama, atau tanggung jawab tindak lanjut tidak jelas (WHO, 2021b; Kemenkes RI, 2022c).

Perdarahan obstetri membutuhkan kesiapan sistem: penilaian risiko, pengukuran kehilangan darah, obat uterotonik, akses intravena, laboratorium, bank darah, alat, protokol aktivasi, dan tim yang telah berlatih. Pengamatan visual cenderung meremehkan jumlah darah, sehingga metode kuantitatif digunakan sesuai kebijakan. Komunikasi harus menyebut kehilangan kumulatif, tanda vital, respons terapi, dan permintaan bantuan secara eksplisit. Setelah stabil, dilakukan debrief dan peninjauan proses. Simulasi menunjukkan bahwa latihan tim dapat meningkatkan penggunaan intervensi yang tepat dan menurunkan transfusi masif serta morbiditas maternal (Lutgendorf et al., 2024).

Gangguan hipertensi memerlukan pengukuran tekanan darah yang benar, konfirmasi hasil berat, penilaian gejala dan organ, pemberian terapi tepat waktu, serta rencana persalinan atau rujukan. Kesalahan dapat terjadi karena manset tidak sesuai, angka abnormal dianggap akibat kecemasan, hasil tidak dikomunikasikan, obat tertunda, atau pemantauan setelah pulang tidak jelas. Edukasi kepada perempuan dan keluarga mencakup sakit kepala berat, gangguan

penglihatan, nyeri ulu hati, sesak, kejang, dan perubahan mendadak. Keterlibatan pasien penting karena hipertensi postpartum dapat muncul setelah keluar dari fasilitas (WHO, 2022a; Kemenkes RI, 2024b).

Keselamatan obat mencakup rekonsiliasi, alergi, indikasi, dosis, rute, waktu, interaksi, penyimpanan, pelabelan, dan pemantauan respons. Obat berisiko tinggi seperti magnesium sulfat, oksitosin, insulin, antikoagulan, anestetik, dan elektrolit konsentrat memerlukan kontrol tambahan sesuai kebijakan. Konsentrasi dan satuan harus ditulis jelas; singkatan berbahaya dihindari; instruksi verbal dibaca ulang. Pompa infus tidak menghilangkan risiko bila program salah. Perempuan dan keluarga perlu mengetahui nama, tujuan, cara penggunaan, efek samping penting, serta kapan mencari bantuan, termasuk untuk obat yang dibawa pulang (WHO, 2021a; AHRQ, 2023).

Pencegahan infeksi meliputi kebersihan tangan, teknik aseptik, penggunaan alat pelindung, sterilisasi, kebersihan lingkungan, pengelolaan alat invasif, profilaksis yang tepat, serta deteksi dini infeksi ibu dan bayi. Etika mendukung praktik ini melalui kewajiban tidak merugikan dan keadilan bagi setiap pasien. Kepatuhan tidak cukup bergantung pada pengetahuan; fasilitas harus memastikan air, sarana cuci tangan, alat, obat, beban kerja, dan supervisi. Edukasi pulang menjelaskan demam, nyeri memburuk, cairan berbau, kemerahan luka, gangguan minum bayi, hipotermia, atau penurunan aktivitas sebagai tanda mencari pertolongan (WHO, 2022a).

Transisi pulang merupakan titik risiko. Sebelum pulang, tim memastikan kondisi ibu dan bayi, hasil pemeriksaan, obat, rencana kontrol, hasil yang masih tertunda, dukungan menyusui, kontrasepsi, kesehatan mental, dan kesiapan keluarga. Informasi diberikan lisan dan tertulis dengan teach-back. Nomor kontak dan tempat pertolongan harus spesifik. Rencana mempertimbangkan transportasi, biaya, bahasa, dan kemampuan keluarga. Pada keluarga dengan kerentanan, tindak lanjut aktif atau kunjungan rumah dapat diperlukan. Pengalaman postnatal yang positif tidak hanya ditentukan oleh tidak adanya komplikasi, tetapi oleh informasi, dukungan, penghormatan, dan kesinambungan pelayanan (WHO, 2022a, 2024d).

F. Respectful Maternity Care, Privasi, dan Perlindungan Kelompok Rentan

Respectful maternity care adalah pelayanan yang mempertahankan martabat, privasi, kerahasiaan, kebebasan dari perlakuan buruk, pilihan berdasarkan informasi, dan dukungan berkelanjutan. Konsep ini melampaui sikap sopan. Pelayanan yang menghormati membutuhkan kebijakan, sumber daya, lingkungan, kompetensi, dan mekanisme akuntabilitas.

Tinjauan sistematis menunjukkan definisi dan alat ukur masih bervariasi, tetapi unsur penghormatan, komunikasi, dukungan emosional, otonomi, dan perlakuan adil konsisten muncul. Bukti juga menunjukkan intervensi perlu menyasar tenaga, organisasi, dan sistem, bukan hanya pelatihan perilaku individu (Cantor et al., 2024; Jolivet et al., 2021).

Bentuk perlakuan tidak hormat meliputi kekerasan fisik atau verbal, tindakan tanpa persetujuan, pengabaian, diskriminasi, pelanggaran privasi, penahanan karena biaya, pembatasan pendamping tanpa alasan, dan hilangnya kerahasiaan. Sebagian praktik dapat dinormalisasi sebagai "agar pasien menurut" atau "demi keselamatan bayi". Namun, rasa takut dan penghinaan dapat menghambat perempuan menyampaikan keluhan, menurunkan kepercayaan, mengurangi kunjungan berikutnya, dan menimbulkan trauma. Pelayanan aman harus menilai bukan hanya hasil klinis, tetapi juga pengalaman pasien dan apakah prosesnya menjaga hak (WHO, 2025a; Gebeyehu et al., 2023).

Privasi mencakup tubuh, percakapan, ruang, dan data. Pintu atau tirai ditutup saat pemeriksaan; paparan tubuh dibatasi; jumlah orang di ruangan dijelaskan; dan mahasiswa meminta izin terpisah. Informasi sensitif tidak dibicarakan di koridor atau grup pesan yang tidak aman. Pasien ditanya siapa yang boleh menerima informasi. Kerahasiaan dapat dibatasi oleh kewajiban hukum atau keselamatan, tetapi hanya informasi yang diperlukan yang dibagikan dan alasannya dijelaskan. Rekam medis elektronik tetap memerlukan kontrol akses, autentikasi, pencatatan akses, serta larangan mengambil foto atau membagikan data tanpa dasar yang sah (Kemenkes RI, 2022a; WHO, 2024a).

Pendamping pilihan dapat memberi dukungan emosional, membantu komunikasi, dan mengenali perubahan kondisi. Namun, kehadirannya mengikuti keinginan serta keamanan pasien. Petugas menyediakan kesempatan berbicara tanpa pendamping untuk menilai kekerasan, paksaan, atau kebutuhan rahasia. Pendamping tidak boleh menggantikan suara perempuan yang mampu mengambil keputusan. Bila keluarga mendominasi, petugas mengembalikan pertanyaan kepada pasien dengan hormat. Pada remaja atau pasien yang bergantung secara ekonomi, keseimbangan antara dukungan keluarga, ketentuan hukum, privasi, dan perlindungan memerlukan penilaian cermat (WHO, 2025a).

Perempuan dengan disabilitas membutuhkan komunikasi dan akses yang disesuaikan, bukan asumsi bahwa mereka tidak mampu. Materi dapat disediakan dalam format mudah dibaca, audio, bahasa isyarat, atau dengan waktu tambahan. Pemeriksaan fisik menyesuaikan kebutuhan mobilitas dan kenyamanan. Tenaga kesehatan menanyakan bentuk bantuan yang diinginkan dan berbicara langsung kepada pasien, bukan hanya pendamping. Alat bantu tidak

dipisahkan tanpa persetujuan. Rencana persalinan mempertimbangkan akses ruang, transfer, posisi, sensorik, obat, serta dukungan pascapersalinan. Penyesuaian yang layak merupakan bagian keadilan dan keselamatan (WHO, 2024a, 2025a).

Skrining kekerasan dilakukan secara privat, aman, tidak menghakimi, dan hanya jika tersedia jalur respons. Petugas menjelaskan batas kerahasiaan, menanyakan kebutuhan segera, menilai bahaya, mendokumentasikan secara objektif, dan menghubungkan pasien dengan layanan perlindungan sesuai persetujuan serta ketentuan. Konfrontasi langsung dengan pelaku tanpa rencana dapat meningkatkan risiko. Tanda seperti keterlambatan berobat, cedera, ketakutan, pasangan yang mengontrol, atau jawaban yang berubah perlu meningkatkan kewaspadaan, tetapi tidak boleh digunakan untuk menyimpulkan tanpa percakapan. Keselamatan fisik dan pilihan pasien menjadi pusat respons (Republik Indonesia, 2023, 2024).

Pendidikan tentang respectful care perlu disertai refleksi atas hierarki dan bias. Petugas dapat membawa stereotip mengenai usia, paritas, status perkawinan, cara berpakaian, pekerjaan, penyakit, etnis, atau kemampuan membayar. Bias memengaruhi pilihan kata, waktu yang diberikan, penilaian nyeri, dan kecepatan respons. Audit pengalaman pasien, observasi, umpan balik rahasia, dan diskusi kasus membantu mengidentifikasi pola. Tinjauan intervensi pendidikan menunjukkan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap, tetapi keberlanjutan membutuhkan kepemimpinan, beban kerja yang wajar, sarana, dukungan staf, dan akuntabilitas (Dhakal et al., 2022; WHO, 2025a).

G. Budaya Keselamatan, Pelaporan Insiden, dan Pembelajaran

Budaya keselamatan adalah nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan perilaku yang menentukan komitmen organisasi terhadap keselamatan. Budaya yang kuat membuat staf berani melaporkan risiko, bertanya, menghentikan proses yang tidak aman, dan belajar dari insiden. Kepemimpinan menunjukkan prioritas melalui alokasi sumber daya, respons terhadap laporan, ronde keselamatan, dan perlakuan adil. Slogan keselamatan tidak bermakna bila staf yang menyampaikan masalah dipermalukan atau tidak pernah melihat perbaikan. Keterlibatan pasien dan keluarga juga penting karena mereka mengamati lintasan pelayanan yang sering terpecah antarunit (WHO, 2021a; AHRQ, 2023).

Just culture membedakan kesalahan manusia yang tidak disengaja, perilaku berisiko, dan perilaku sembrono. Kesalahan manusia membutuhkan penghiburan serta perbaikan sistem; perilaku berisiko membutuhkan pembinaan dan perubahan insentif; perilaku sembrono membutuhkan tindakan akuntabilitas yang proporsional. Kerangka ini tidak menghapus

tanggung jawab, tetapi mencegah semua insiden diperlakukan sama. Bila setiap kesalahan dihukum, staf akan menyembunyikan informasi. Bila semua perilaku dimaafkan atas nama sistem, kepercayaan juga rusak. Respons yang konsisten dan transparan mendukung pelaporan serta keadilan bagi pasien dan petugas (WHO, 2021a).

Pelaporan mencakup kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kondisi tidak aman, dan kejadian sentinel sesuai definisi organisasi. Near miss sangat bernilai karena memperlihatkan kelemahan sebelum pasien cedera. Laporan sebaiknya mudah, rahasia sesuai kebutuhan, dan berfokus pada fakta: apa yang terjadi, kapan, siapa yang terlibat dalam proses, tindakan segera, serta kondisi pasien. Laporan insiden tidak menggantikan dokumentasi klinis. Pasien tetap membutuhkan pelayanan, pencatatan kondisi, komunikasi, dan tindak lanjut. Organisasi harus memberi umpan balik agar pelapor mengetahui bahwa informasi digunakan (Kemenkes RI, 2022b, 2026).

Analisis insiden bertujuan memahami mekanisme, bukan mencari satu akar tunggal. Tim menyusun kronologi, membandingkan proses dengan standar, mengidentifikasi faktor kontribusi, menilai penghalang yang gagal, dan memilih tindakan yang kuat. Faktor dapat berasal dari beban kerja, kompetensi, desain alat, lingkungan, protokol, komunikasi, supervisi, teknologi, atau kebijakan. Rekomendasi seperti “lebih hati-hati” dan “sosialisasi ulang” lemah bila masalahnya adalah desain. Tindakan lebih kuat mencakup standardisasi, penyederhanaan, forcing function, peringatan yang tepat, pengadaan, perubahan alur, dan pengukuran kepatuhan serta hasil (WHO, 2021a).

Audit maternal dan perinatal meninjau kematian, near miss, morbiditas berat, dan proses pelayanan untuk menemukan peluang pencegahan. Data klinis perlu dikombinasikan dengan informasi rujukan, hambatan akses, komunikasi, dan pengalaman keluarga. Pertemuan dilakukan tanpa mempermalukan, dengan kerahasiaan, fasilitator, dan rencana tindakan yang jelas. Setiap rekomendasi memiliki penanggung jawab, batas waktu, indikator, dan pelaporan ulang. Audit kehilangan makna bila kasus terus dibahas tanpa perubahan sistem. Bukti mengenai maternal near miss menunjukkan penggunaannya sebagai indikator dapat membantu mengenali kualitas dan titik keterlambatan dalam rantai pelayanan (Pattinson et al., 2022).

Simulasi dan drill menguji kemampuan sistem menghadapi perdarahan, eklampsia, sepsis, distosia bahu, prolaps tali pusat, resusitasi bayi, atau kegawatan anestesi. Skenario harus mencakup komunikasi, aktivasi tim, akses obat dan darah, dokumentasi, serta transfer, bukan hanya keterampilan prosedural. Debrief yang aman menilai keputusan, koordinasi, faktor lingkungan, dan sumber daya. Temuan simulasi dicatat sebagai risiko nyata yang perlu

ditindaklanjuti. Pelatihan yang berulang lebih efektif daripada kegiatan satu kali karena tim, kebijakan, dan alat berubah (Lutgendorf et al., 2024; MacLennan et al., 2023).

Kesejahteraan tenaga kesehatan berkaitan dengan keselamatan. Kelelahan, beban kerja, kekurangan staf, moral distress, dan paparan kejadian traumatis dapat menurunkan perhatian, komunikasi, dan empati. Organisasi perlu mengelola jadwal, istirahat, dukungan setelah insiden, akses kesehatan mental, dan kecukupan staf. Dukungan terhadap tenaga yang terlibat insiden tidak mengurangi perhatian kepada pasien; keduanya diperlukan untuk pemulihan. TeamSTEPPS 3.0 menekankan hubungan antara kerja tim, keselamatan, kesejahteraan, kepuasan kerja, dan burnout. Budaya yang sehat memungkinkan staf meminta bantuan sebelum kemampuan bekerja terganggu (AHRQ, 2023).

Pengukuran keselamatan perlu menggabungkan indikator struktur, proses, hasil, pengalaman, dan budaya. Contohnya adalah ketersediaan obat kegawatdaruratan, ketepatan respons hipertensi berat, kepatuhan identifikasi, kelengkapan serah terima, angka infeksi, perdarahan berat, readmisi, near miss, keluhan komunikasi, dan pengalaman penghormatan. Data dipilah menurut unit dan kelompok pasien untuk melihat kesenjangan, tetapi digunakan untuk belajar, bukan sekadar peringkat. Perubahan diuji dalam skala kecil, dipantau, disesuaikan, dan distandardisasi bila efektif. Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 memberi landasan pengukuran mutu, sedangkan regulasi rumah sakit terbaru menekankan pelaporan insiden dan manajemen risiko berkelanjutan (Kemenkes RI, 2022b, 2026).

H. Implementasi dalam Praktik Kebidanan dan Penutup

Bidan memiliki posisi strategis karena berinteraksi paling dekat dan paling lama dengan perempuan pada banyak tahap pelayanan. Peran etik bidan tampak dalam menjaga martabat, memberi informasi, melindungi kerahasiaan, meminta persetujuan, mengadvokasi pilihan, dan menolak praktik yang membahayakan. Peran keselamatannya tampak dalam pengkajian, pemantauan, pencegahan infeksi, pemberian obat, pengenalan perburukan, eskalasi, dokumentasi, dan rujukan. Kedua peran tersebut tidak terpisah. Ketika bidan mendengarkan keluhan dengan serius, ia sekaligus menghormati pasien dan memperkuat deteksi dini (International Confederation of Midwives [ICM], 2024; WHO, 2024a).

Implementasi pada pelayanan antenatal dapat dimulai dari konsultasi yang terstruktur tetapi tetap personal. Bidan memastikan perempuan mempunyai kesempatan berbicara secara privat, menilai risiko klinis dan psikososial, menyepakati prioritas, lalu mendokumentasikan daftar masalah serta tindak lanjut. Setiap hasil abnormal perlu mempunyai pemilik tindakan dan batas

waktu. Bila pasien tidak hadir pada tindak lanjut penting, sistem melakukan penelusuran sesuai kebijakan. Pada akhir kunjungan, bidan menggunakan teach-back untuk mengonfirmasi obat, jadwal, persiapan pemeriksaan, dan tanda bahaya. Dengan cara ini, komunikasi tidak berhenti sebagai penyampaian informasi, melainkan menjadi penghalang aktif terhadap hasil yang terlewat dan keterlambatan pertolongan (Kemenkes RI, 2024b; WHO, 2023a).

Dalam pertolongan persalinan, bidan menjaga keseimbangan antara suasana yang mendukung fisiologi dan kesiapan menghadapi kegawatdaruratan. Setiap pemeriksaan atau perubahan rencana dijelaskan dan dimintakan persetujuan. Tren kondisi ibu dan janin dibagikan saat handoff dan huddle, sedangkan penyimpangan memicu eskalasi sesuai kriteria. Ketika bantuan datang, bidan menyampaikan ringkasan terstruktur dan tetap memastikan perempuan mengetahui apa yang terjadi sejauh kondisi memungkinkan. Setelah kejadian, kebutuhan fisik, emosional, dokumentasi, dan komunikasi keluarga diselesaikan. Praktik ini menunjukkan bahwa kecepatan respons dan penghormatan tidak saling meniadakan; keduanya dapat dipertahankan melalui persiapan dan kerja tim (AHRQ, 2023; WHO, 2025a).

Pada masa nifas dan perawatan bayi, bidan mengantisipasi risiko yang berpindah ke rumah. Edukasi disesuaikan dengan kondisi ibu, melibatkan pendamping yang dipilih, dan menghindari daftar instruksi yang terlalu panjang. Prioritas meliputi perdarahan, hipertensi, infeksi, tromboemboli, kesehatan mental, menyusui, kondisi bayi, obat, dan kontrasepsi. Keluarga diminta menyebutkan rencana ketika muncul tanda bahaya, termasuk fasilitas tujuan dan transportasi. Hasil pemeriksaan yang belum selesai dicatat dan ditugaskan. Kontak tindak lanjut menjadi kesempatan menilai pemulihan serta pengalaman pelayanan, bukan hanya memeriksa kepatuhan. Pendekatan ini memperkuat keselamatan sekaligus pengalaman postnatal yang positif (WHO, 2022a, 2024d).

Dokumentasi profesional perlu menggambarkan penalaran dan kesinambungan, bukan sekadar memenuhi kolom. Catatan memuat kondisi, temuan, penilaian, informasi yang diberikan, persetujuan atau penolakan, konsultasi, waktu eskalasi, respons, serta rencana. Koreksi dilakukan sesuai ketentuan tanpa menghapus jejak. Bahasa bersifat objektif dan tidak memberi label merendahkan seperti “tidak kooperatif” tanpa menjelaskan perilaku atau konteks. Rekam medis yang baik memungkinkan petugas berikutnya memahami situasi, melindungi hak pasien untuk memperoleh informasi, dan menyediakan data bagi audit. Karena itu, waktu dokumentasi perlu dipandang sebagai bagian pelayanan aman, bukan pekerjaan tambahan yang boleh ditunda tanpa batas (Kemenkes RI, 2022a; WHO, 2024a).

Sebelum setiap kontak, bidan dapat menggunakan pemeriksaan mental singkat: siapa pasien ini, apa risiko utamanya, informasi apa yang belum tersedia, keputusan apa yang perlu dibuat, siapa yang perlu terlibat, dan bagaimana memastikan pemahaman. Selama kontak, identitas, privasi, persetujuan, komunikasi jelas, dan dokumentasi dijaga. Setelah kontak, bidan memastikan tindak lanjut, hasil tertunda, tanda bahaya, kontak bantuan, serta handoff jika tanggung jawab berpindah. Kebiasaan kecil yang konsisten membangun keandalan lebih baik daripada mengandalkan ingatan dalam situasi sibuk (AHRQ, 2023; Kemenkes RI, 2022a).

Pada tingkat unit, implementasi dapat dimulai dengan memetakan satu alur berisiko tinggi, misalnya respons terhadap hipertensi berat atau perdarahan postpartum. Tim mengidentifikasi titik keputusan, komunikasi, alat, obat, peran, dokumentasi, rujukan, dan hambatan pasien. Standar kemudian diuji melalui simulasi dan kasus nyata, diukur, lalu diperbaiki. Pasien atau perwakilan keluarga sebaiknya dilibatkan untuk menilai apakah informasi dan proses dapat dipahami. Pendekatan ini menerjemahkan prinsip abstrak menjadi perilaku yang dapat diamati dan indikator yang dapat diperbaiki (WHO, 2021a; Lutgendorf et al., 2024).

Kompetensi perlu dipelihara melalui orientasi, supervisi suportif, diskusi etik, drill, audit, dan pembelajaran interprofesional. Kasus etik sebaiknya tidak hanya membahas apakah formulir telah ditandatangani, tetapi juga kualitas informasi, kesukarelaan, bias, tekanan waktu, dan alternatif. Kasus keselamatan tidak hanya membahas tindakan terakhir, tetapi juga desain proses serta kondisi kerja. Pembelajaran bersama mengurangi perbedaan asumsi antarprofesi dan menciptakan bahasa yang sama untuk eskalasi. Pelatihan harus diikuti perubahan kebijakan dan sumber daya agar pengetahuan dapat diterapkan (Rayburn & Jenkins, 2021; Dhakal et al., 2022).

Pelayanan maternitas yang aman dan menghormati tidak menuntut hilangnya seluruh risiko, karena kehamilan dan persalinan tetap memiliki ketidakpastian. Yang dituntut adalah risiko dikenali, dikomunikasikan, dikurangi, dan ditangani secara tepat; perempuan dilibatkan dalam keputusan; serta organisasi belajar ketika hasil tidak diharapkan. Keberhasilan bukan hanya ibu dan bayi pulang hidup, tetapi juga apakah tindakan sesuai kebutuhan, informasi dipahami, hak dihormati, dan pengalaman tidak menimbulkan cedera yang sebenarnya dapat dicegah (WHO, 2024a, 2025a).

Etika memberi kompas, komunikasi menyediakan jalan, dan sistem keselamatan memastikan langkah tidak bergantung pada satu orang. Otonomi tanpa informasi menjadi semu; manfaat tanpa persetujuan dapat berubah menjadi paksaan; protokol tanpa komunikasi dapat gagal; dan budaya tanpa pembelajaran hanya menjadi slogan. Integrasi ketiganya

memungkinkan pelayanan maternitas yang berpusat pada perempuan, kolaboratif, adil, dan tangguh menghadapi kegawatdaruratan. Bidan berperan sebagai klinisi, komunikator, advokat, dan penjaga kesinambungan pelayanan untuk mewujudkan tujuan tersebut (ICM, 2024; WHO, 2021a).

Dengan demikian, peningkatan mutu perlu bergerak serentak pada tingkat hubungan, tim, dan organisasi. Pada tingkat hubungan, perempuan didengar, diberi informasi, dan dihormati. Pada tingkat tim, pesan disusun, tanggung jawab jelas, dan kekhawatiran dapat dieskalasikan. Pada tingkat organisasi, risiko dilaporkan, insiden dianalisis, staf didukung, dan perbaikan diukur. Ketika ketiga tingkat bekerja bersama, pelayanan maternitas tidak hanya lebih manusiawi, tetapi juga lebih aman bagi ibu, bayi, keluarga, dan tenaga kesehatan (AHRQ, 2023; WHO, 2025a).

Referensi

Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). TeamSTEPPS 3.0 curriculum. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/index.html

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Informed consent and shared decision making in obstetrics and gynecology: ACOG Committee Opinion No. 819. Obstetrics & Gynecology, 137(2), e34–e41. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004247

Cantor, A. G., Jungbauer, R. M., McDonagh, M., Blazina, I., Marshall, N. E., Weeks, C., Fu, R., & Kapka, T. (2024). Respectful maternity care: A systematic review. Annals of Internal Medicine, 177(1), 50–64. https://doi.org/10.7326/M23-2676

Dhakal, P., Creedy, D. K., Gamble, J., Newnham, E., & McInnes, R. (2022). Educational interventions to promote respectful maternity care: A mixed-methods systematic review. Nurse Education in Practice, 60, 103317. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103317

Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). How psychological safety fosters communication and learning in healthcare teams. BMC Health Services Research, 23, 819. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09631-6

Fliegenschmidt, J., Schroevers, M. J., & Hagedoorn, M. (2023). Structured patient handover in high-risk areas: A systematic review. International Journal for Quality in Health Care, 35(1), mzad008. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad008

Gebeyehu, N. A., Gelaw, K. A., Lake, E. A., Adela, G. A., Tegegne, K. D., & Shewangashaw, N. E. (2023). Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in East Africa: Systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine, 10, 1117116. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1117116

International Confederation of Midwives. (2024). International code of ethics for midwives. https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/

Jolivet, R. R., Gausman, J., Kapoor, N., Langer, A., Sharma, J., & Semrau, K. E. A. (2021). Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: A systematic scoping review. Reproductive Health, 18, 194. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01241-5

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022a). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis. https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-24-tahun-2022

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 tentang indikator nasional mutu pelayanan kesehatan. https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-30-tahun-2022

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022c). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit. Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan. https://jdih.kemkes.go.id/storage/documents/pdfs/2024permenkes016.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). Buku kesehatan ibu dan anak. Kementerian Kesehatan RI. https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_KIA_2024.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang penyelenggaraan rumah sakit.

https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-6-tahun-2026

Lutgendorf, M. A., Ennen, C. S., McGlynn, A., Spalding, C. N., Deering, S., Delorey, D. R., & Greer, J. A. (2024). Interprofessional obstetric simulation training improves postpartum haemorrhage management and decreases maternal morbidity: A before-and-after study. BJOG, 131(3), 353–361. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17640

MacLennan, K., O'Brien, B., & Swales, H. (2023). Simulation-based training in obstetric anesthesia: An update. Current Opinion in Anaesthesiology, 36(3), 293–299.

McCarthy, S., Motala, A., Lawson, E., Shekelle, P. G., & Hempel, S. (2025). Use of structured handoff protocols for intrahospital within-unit transitions: A systematic review. Journal of Patient Safety, 21(4), 244–257.

Pattinson, R., Fawcus, S., Moodley, J., Moran, N., & Schoon, M. (2022). Every maternal near-miss counts: The need for a national audit. South African Medical Journal, 112(9), 721–723.

Rayburn, W. F., & Jenkins, C. (2021). Interprofessional collaboration in women's health care: Collective competencies, interactive learning, and measurable improvement. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 48(1), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.11.010

Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan. https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023

Republik Indonesia. (2024). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang peraturan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan. https://peraturan.bpk.go.id/Details/294077/pp-no-28-tahun-2024

Shareef, N., Scholten, N., Nieuwenhuijze, M., Stramrood, C., de Vries, M., & Scheele, F. (2023). The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women: A scoping review. Women and Birth, 36(2), e145–e155. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.008

Shuler, T. O., Roberson, D. W., Kane, M. E., & Caughey, A. B. (2023). Promoting shared decision-making in maternal health care. Clinical Obstetrics and Gynecology, 66(4), 794–805.

World Health Organization. (2021a). Global patient safety action plan 2021–2030:

Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

World Health Organization. (2021b). World Patient Safety Day 2021 goals: Safe maternal and newborn care. World Health Organization.

World Health Organization. (2022a). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

World Health Organization. (2023a). Patient safety. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

World Health Organization. (2024a). Patient safety rights charter. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249

World Health Organization. (2024b). Patient safety rights charter for ethical quality care. https://www.who.int/indonesia/news/detail/19-06-2024-patient-safety-rights-charter-for-ethical-quality-care

World Health Organization. (2024c). World Patient Safety Day 2024: Improving diagnosis for patient safety. World Health Organization.

World Health Organization. (2024d). A positive postnatal experience for all women and newborns. https://www.who.int/news/item/22-02-2024-new-series-highlights-importance-positive-postnatal-experience-all-women-newborns

World Health Organization. (2025a). Compendium on respectful maternal and newborn care. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939

Yu, L., Yang, Y., Wang, Y., & Zhang, J. (2024). Effectiveness of shared decision-making for mode of delivery after cesarean section: A systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 24, 386.

ISSN 3063-4946

BAB IV
Dukungan Keluarga dalam Kehamilan, Persalinan, dan Masa Nifas

Ns. Trihaningsih Puji Astuti, S.Kep., M.Kep.

A. Urgensi Dukungan Keluarga dalam Kesehatan Maternal

Kesehatan ibu merupakan salah satu indikator utama keberhasilan pembangunan kesehatan suatu negara. Kesehatan ibu tidak hanya mencakup kondisi fisik selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, tetapi juga meliputi kesejahteraan psikologis, sosial, dan emosional yang memengaruhi kualitas hidup ibu serta tumbuh kembang bayi. Meskipun berbagai kemajuan telah dicapai dalam pelayanan kesehatan maternal, angka kematian ibu (AKI) dan angka kesakitan ibu masih menjadi tantangan besar di berbagai negara, khususnya di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Mangiaterra et al., 2023).

Secara global, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan sekitar 287.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan pada tahun 2020, atau setara dengan sekitar 223 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2023). Sebagian besar kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas, deteksi dini komplikasi, serta keterlibatan keluarga dalam mendukung pengambilan keputusan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal (Mangiaterra et al., 2023). Kondisi ini menunjukkan bahwa keberhasilan upaya penurunan AKI tidak hanya bergantung pada fasilitas kesehatan, tetapi juga pada lingkungan keluarga yang mampu memberikan dukungan secara optimal.

Di Indonesia, kesehatan ibu masih menjadi prioritas pembangunan kesehatan nasional. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, meskipun cakupan pelayanan antenatal dan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat, AKI Indonesia masih lebih tinggi dibandingkan target Sustainable Development Goals (SDGs) yaitu kurang dari 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Penyebab utama kematian ibu meliputi perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, serta penyakit penyerta. Namun demikian, berbagai penelitian menunjukkan bahwa faktor nonmedis, seperti keterlambatan mengenali tanda bahaya, keterlambatan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, serta rendahnya dukungan keluarga, turut berkontribusi terhadap tingginya risiko komplikasi maternal (WHO, 2023).

Kehamilan, persalinan, dan masa nifas merupakan suatu kontinum pelayanan kesehatan maternal (continuum of maternal care) yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan. Kontinum pelayanan ini menekankan pentingnya pelayanan kesehatan yang berkesinambungan mulai dari masa kehamilan, proses persalinan, hingga perawatan ibu dan bayi setelah melahirkan. Pelayanan yang berkesinambungan terbukti mampu meningkatkan deteksi dini komplikasi, meningkatkan kepatuhan terhadap pemeriksaan antenatal, serta menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi (Buli et al., 2023; Tizazu et al., 2021). Namun, keberhasilan kontinum pelayanan tersebut sangat dipengaruhi oleh keterlibatan aktif keluarga dalam mendampingi ibu selama seluruh tahapan tersebut.

Selama kehamilan hingga masa nifas, perempuan mengalami berbagai perubahan yang kompleks. Secara fisik, terjadi perubahan hormonal, peningkatan volume darah, perubahan sistem kardiovaskular, muskuloskeletal, metabolik, serta adaptasi anatomi untuk menunjang pertumbuhan janin dan proses persalinan (Widelock et al., 2023). Setelah melahirkan, tubuh ibu mengalami proses involusi uterus, penyembuhan jaringan, perubahan hormonal, serta adaptasi terhadap proses laktasi yang memerlukan waktu dan dukungan yang memadai. Selain perubahan fisik, perempuan juga mengalami perubahan psikologis yang signifikan. Masa transisi menjadi seorang ibu sering kali disertai perubahan emosi, kecemasan, ketidakpastian, hingga risiko gangguan kesehatan mental seperti baby blues, depresi postpartum, gangguan kecemasan, bahkan gangguan stres pascatrauma (PTSD). Diperkirakan sekitar 70–80% ibu postpartum mengalami baby blues, sementara sebagian lainnya berkembang menjadi depresi postpartum apabila tidak memperoleh dukungan yang memadai (Nicolson, 2019; Puryear, 2014). Perubahan psikologis tersebut dapat memengaruhi kemampuan ibu dalam merawat bayi, menyusui, membangun ikatan emosional (bonding), serta menjalankan peran sebagai orang tua.

Di sisi lain, perempuan juga menghadapi perubahan sosial yang cukup besar. Kehadiran bayi mengubah dinamika keluarga, pembagian peran dalam rumah tangga, hubungan dengan pasangan, hingga interaksi dengan lingkungan sosial. Ibu dituntut untuk menyesuaikan diri terhadap peran baru sebagai pengasuh utama bayi, sekaligus tetap menjalankan berbagai tanggung jawab dalam keluarga. Adaptasi sosial ini sering kali menjadi sumber stres apabila ibu

tidak memperoleh dukungan dari anggota keluarga maupun lingkungan sekitar (House, 1987). Dalam menghadapi berbagai perubahan tersebut, keluarga merupakan sistem pendukung (support system) utama bagi ibu. Dukungan keluarga tidak hanya terbatas pada bantuan fisik, tetapi juga mencakup dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan (appraisal support). Dukungan emosional berupa perhatian, kasih sayang, empati, dan dorongan psikologis membantu ibu merasa aman dan dihargai. Dukungan informasional diberikan melalui penyampaian informasi, saran, atau edukasi mengenai kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi. Dukungan instrumental meliputi bantuan nyata seperti membantu pekerjaan rumah, menyediakan kebutuhan finansial, mengantar ke fasilitas kesehatan, atau membantu merawat bayi. Sementara itu, dukungan penghargaan diberikan melalui penguatan positif yang meningkatkan rasa percaya diri dan efikasi diri ibu dalam menjalankan perannya (Friedman & Kern, 2014; House, 1987).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memperoleh dukungan keluarga yang baik cenderung lebih rutin melakukan pemeriksaan antenatal, lebih siap menghadapi persalinan, memiliki keberhasilan menyusui yang lebih tinggi, lebih patuh terhadap perawatan postpartum, serta memiliki risiko depresi postpartum yang lebih rendah (Buli et al., 2023; Verbiest et al., 2018). Selain itu, keterlibatan suami dan keluarga dalam proses kehamilan terbukti meningkatkan kemampuan ibu dalam menghadapi stres, memperkuat ikatan ibu dan bayi, serta meningkatkan kualitas hidup keluarga secara keseluruhan (Barba-Müller et al., 2019). Sebaliknya, kurangnya dukungan keluarga dapat menimbulkan berbagai konsekuensi negatif. Ibu yang merasa tidak didukung lebih rentan mengalami kecemasan, depresi, kelelahan, kesulitan menyusui, keterlambatan mencari pertolongan ketika muncul tanda bahaya, hingga rendahnya kepatuhan terhadap anjuran tenaga kesehatan. Pada banyak budaya, keluarga juga berperan sebagai pengambil keputusan utama dalam menentukan kapan dan ke mana ibu harus mendapatkan pertolongan medis. Oleh karena itu, rendahnya pengetahuan dan keterlibatan keluarga dapat menyebabkan keterlambatan penanganan komplikasi yang berpotensi meningkatkan morbiditas maupun mortalitas ibu dan bayi (Rai et al., 2015).

Paradigma pelayanan kesehatan modern tidak lagi memandang keluarga sebagai pendamping pasif, tetapi sebagai mitra aktif dalam pelayanan maternal yang berpusat pada keluarga (family-centered maternity care). Tenaga kesehatan, khususnya perawat dan bidan, memiliki peran penting dalam memberdayakan keluarga melalui pendidikan kesehatan, konseling, pendampingan, serta penguatan kapasitas keluarga agar mampu memberikan dukungan yang optimal kepada ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas (Walsh &

Devane, 2012). Dengan demikian, dukungan keluarga merupakan komponen yang tidak terpisahkan dari upaya peningkatan kesehatan ibu. Dukungan yang diberikan secara berkesinambungan tidak hanya membantu ibu beradaptasi terhadap perubahan fisik, psikologis, dan sosial, tetapi juga meningkatkan keberhasilan pelayanan kesehatan maternal, mempercepat pemulihan pascapersalinan, mencegah komplikasi, serta mendukung tumbuh kembang bayi secara optimal. Berdasarkan uraian sebelumnya, penguatan peran keluarga perlu menjadi bagian integral dalam setiap program pelayanan kesehatan ibu sebagai strategi untuk meningkatkan kualitas kesehatan maternal secara menyeluruh.

B. Konsep Dukungan Keluarga dalam Asuhan Maternal

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi keberhasilan asuhan maternal selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Dalam konteks kesehatan, dukungan keluarga didefinisikan sebagai segala bentuk bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga kepada individu untuk membantu memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual sehingga individu mampu menghadapi berbagai perubahan dan tantangan yang dialaminya (Kamaryati & Malathum, 2020). Konsep dukungan keluarga bersifat multidimensional karena tidak hanya mencakup bantuan secara langsung, tetapi juga melibatkan hubungan interpersonal yang dibangun melalui perhatian, kasih sayang, komunikasi, serta keterlibatan aktif anggota keluarga dalam proses pengambilan keputusan dan perawatan. Pada asuhan maternal, dukungan keluarga menjadi sangat penting karena ibu mengalami berbagai perubahan yang memerlukan adaptasi, sehingga kehadiran keluarga dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam menjalani kehamilan, menghadapi persalinan, dan beradaptasi pada masa nifas (Herrera-Pastor et al., 2020).

Dukungan keluarga merupakan bagian dari konsep yang lebih luas, yaitu dukungan sosial (social support). Dukungan sosial mengacu pada sumber daya yang diperoleh seseorang melalui hubungan dengan orang lain, baik keluarga, teman, maupun lingkungan masyarakat, yang membuat individu merasa diperhatikan, dihargai, dicintai, serta menjadi bagian dari suatu jaringan sosial (Sarason & Sarason, 2009). Menurut Finfgeld-Connett (2005), dukungan sosial merupakan interaksi interpersonal yang memberikan manfaat emosional maupun praktis sehingga mampu meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi stres dan berbagai tantangan kehidupan. Dalam pelayanan kesehatan maternal, keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling dekat dengan ibu karena keluarga hadir sejak awal kehamilan hingga masa pengasuhan bayi. Oleh karena itu, kualitas hubungan dan keterlibatan keluarga

akan sangat menentukan kondisi fisik, psikologis, serta kesejahteraan ibu selama menjalani proses reproduksi.

Secara umum, dukungan keluarga terdiri atas empat bentuk utama, yaitu dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan (appraisal support) (House, 1987). Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang diwujudkan melalui kasih sayang, perhatian, empati, penerimaan, dan kepedulian terhadap kondisi ibu. Bentuk dukungan ini membantu ibu merasa aman, dihargai, dan tidak menghadapi proses kehamilan maupun persalinan seorang diri. Kehadiran suami atau anggota keluarga saat pemeriksaan kehamilan, memberikan semangat ketika ibu mengalami ketidaknyamanan, mendengarkan keluhan tanpa menghakimi, serta memberikan rasa nyaman ketika ibu merasa cemas merupakan contoh nyata dukungan emosional. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional berhubungan dengan penurunan tingkat stres, kecemasan, serta risiko depresi postpartum, sekaligus meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam menjalankan perannya sebagai seorang ibu (Finfgeld-Connett, 2005).

Selain dukungan emosional, keluarga juga berperan memberikan dukungan informasional. Dukungan ini berupa pemberian informasi, saran, arahan, maupun edukasi yang membantu ibu memahami kondisi kehamilan, persalinan, masa nifas, serta perawatan bayi baru lahir. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai tanda bahaya kehamilan, pentingnya pemeriksaan antenatal, persiapan persalinan, pemberian ASI eksklusif, maupun perawatan nifas akan lebih mampu membantu ibu mengambil keputusan yang tepat ketika menghadapi masalah kesehatan. Dukungan informasional juga dapat diperoleh ketika anggota keluarga secara aktif mencari informasi dari tenaga kesehatan atau sumber terpercaya, kemudian mendiskusikannya bersama ibu sehingga keputusan yang diambil menjadi lebih tepat dan berdasarkan bukti ilmiah (Sharma et al., 2025).

Bentuk dukungan berikutnya adalah dukungan instrumental, yaitu bantuan nyata yang diberikan keluarga untuk memenuhi kebutuhan ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Dukungan ini dapat berupa membantu pekerjaan rumah tangga, menyediakan makanan bergizi, mengantar ibu melakukan pemeriksaan kehamilan, membantu memenuhi kebutuhan finansial, mendampingi selama proses persalinan, hingga membantu merawat bayi setelah melahirkan. Bantuan tersebut sangat penting karena dapat mengurangi beban fisik ibu, memberikan kesempatan bagi ibu untuk beristirahat, serta mempercepat proses pemulihan setelah persalinan. Dukungan instrumental juga mempermudah ibu dalam mengakses

pelayanan kesehatan secara tepat waktu sehingga risiko keterlambatan penanganan komplikasi dapat diminimalkan (Bevans et al., 2013).

Jenis dukungan lainnya adalah dukungan penghargaan (appraisal support), yaitu dukungan yang diberikan melalui penguatan positif, penghargaan, umpan balik, serta kepercayaan terhadap kemampuan ibu. Dukungan ini membantu meningkatkan efikasi diri (self-efficacy) sehingga ibu lebih yakin dalam menjalankan perannya selama kehamilan dan setelah melahirkan. Memberikan pujian atas usaha ibu menjaga kesehatan selama kehamilan, menghargai keputusan ibu terkait proses persalinan atau pemberian ASI, serta melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan keluarga merupakan bentuk dukungan penghargaan yang dapat meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi ibu (Miri et al., 2016). Keempat bentuk dukungan tersebut saling melengkapi dan tidak dapat dipisahkan karena setiap ibu memiliki kebutuhan yang berbeda sesuai dengan kondisi fisik, psikologis, dan sosial yang dialaminya.

Dalam perkembangan pelayanan kesehatan maternal, konsep dukungan keluarga semakin diperkuat melalui pendekatan family-centered maternity care(Lazoğlu & Ejder Apay, 2019). Pendekatan ini menempatkan ibu, bayi, dan keluarga sebagai satu kesatuan yang menjadi pusat pelayanan kesehatan. Keluarga tidak lagi dipandang sebagai pendamping pasif, tetapi sebagai mitra aktif tenaga kesehatan dalam setiap tahapan pelayanan, mulai dari kehamilan, persalinan, hingga masa nifas. Melalui pendekatan ini, keluarga didorong untuk terlibat dalam proses pengambilan keputusan, mengikuti pendidikan kesehatan, mendukung pelaksanaan rencana persalinan, membantu proses menyusui, serta berpartisipasi dalam perawatan ibu dan bayi. Perawat dan bidan berperan sebagai fasilitator yang memberdayakan keluarga melalui edukasi, komunikasi yang efektif, dan pendampingan sehingga keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk memberikan dukungan yang optimal kepada ibu (Sharma et al., 2025).

Keberhasilan dukungan keluarga dalam asuhan maternal tidak terlepas dari peran masing-masing anggota keluarga. Suami merupakan pendamping utama yang memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan ibu karena berperan memberikan dukungan emosional, membantu memenuhi kebutuhan ekonomi, mendampingi pemeriksaan kehamilan, mempersiapkan persalinan, mengambil keputusan ketika terjadi keadaan darurat, serta mendukung pemberian ASI dan perawatan bayi setelah persalinan (Baghersad et al., 2019). Keterlibatan suami telah terbukti meningkatkan kepatuhan ibu terhadap pelayanan antenatal, kesiapan menghadapi persalinan, keberhasilan menyusui, serta menurunkan risiko gangguan kesehatan mental setelah melahirkan. Selain suami, orang tua juga memiliki peran penting sebagai sumber pengalaman,

nasihat, dan bantuan praktis, terutama bagi ibu yang baru pertama kali melahirkan. Kehadiran orang tua sering kali memberikan rasa aman dan membantu ibu beradaptasi dengan peran barunya. Sementara itu, keluarga besar, seperti saudara kandung, mertua, maupun kerabat dekat, dapat memberikan bantuan dalam bentuk dukungan sosial, bantuan fisik, maupun bantuan ekonomi sesuai dengan kebutuhan ibu (Shakeri et al., 2021). Namun, keterlibatan keluarga besar perlu diimbangi dengan edukasi dari tenaga kesehatan agar informasi dan praktik yang diberikan tetap sesuai dengan rekomendasi ilmiah serta tidak bertentangan dengan prinsip pelayanan kesehatan maternal berbasis bukti.

Secara keseluruhan, dukungan keluarga merupakan komponen yang tidak terpisahkan dari asuhan maternal. Dukungan yang diberikan secara emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan akan membantu ibu menghadapi perubahan fisik, psikologis, dan sosial selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Dengan menerapkan pendekatan family-centered maternity care, keluarga menjadi mitra strategis bagi tenaga kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan, memperkuat kemampuan ibu dalam menjalankan perannya, serta mendukung tercapainya kesehatan yang optimal bagi ibu, bayi, dan seluruh keluarga.

C. Peran Dukungan Keluarga selama Masa Kehamilan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang ditandai dengan berbagai perubahan fisik, psikologis, sosial, dan hormonal sebagai bentuk adaptasi tubuh untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Selama masa ini, ibu mengalami peningkatan volume darah, perubahan sistem kardiovaskular, respirasi, metabolisme, serta sistem imun yang dipengaruhi oleh hormon kehamilan. Adaptasi tersebut diperlukan agar kehamilan dapat berlangsung secara normal hingga persalinan. Namun, apabila proses adaptasi tidak berjalan dengan baik, ibu berisiko mengalami berbagai komplikasi, seperti preeklamsia, diabetes melitus gestasional, anemia, maupun gangguan pertumbuhan janin (Ghosh & MacLennan, 2025; Napso et al., 2018). Oleh karena itu, selain memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal, ibu hamil juga membutuhkan dukungan keluarga sebagai faktor penting yang membantu keberhasilan adaptasi selama kehamilan.

Dukungan keluarga berperan dalam meningkatkan kepatuhan ibu terhadap pemeriksaan antenatal care (ANC). Pemeriksaan ANC merupakan pelayanan kesehatan yang bertujuan memantau kondisi ibu dan janin, mendeteksi faktor risiko secara dini, memberikan imunisasi, suplementasi zat besi, edukasi kesehatan, serta mempersiapkan ibu menghadapi persalinan. Kehadiran suami atau anggota keluarga saat kunjungan ANC dapat meningkatkan motivasi ibu untuk melakukan pemeriksaan secara rutin, membantu memahami informasi yang diberikan

tenaga kesehatan, serta mendukung pelaksanaan anjuran yang diberikan. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga selama ANC berhubungan dengan peningkatan kualitas pelayanan kehamilan, penurunan kecemasan ibu, serta perbaikan luaran kehamilan bagi ibu dan bayi (Al-Mutawtah et al., 2023).

Selain mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan, keluarga juga memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi ibu hamil. Kebutuhan energi, protein, vitamin, dan mineral meningkat selama kehamilan untuk menunjang pertumbuhan janin, perkembangan plasenta, serta mempertahankan kesehatan ibu. Kekurangan zat gizi dapat meningkatkan risiko anemia, bayi lahir dengan berat badan rendah, persalinan prematur, hingga gangguan pertumbuhan janin. Oleh karena itu, keluarga berperan dalam menyediakan makanan bergizi seimbang, mengingatkan konsumsi tablet tambah darah, membantu memenuhi kebutuhan pangan yang beragam, serta menciptakan lingkungan yang mendukung pola makan sehat. Keterlibatan keluarga menjadi sangat penting karena pemenuhan gizi ibu tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan ibu, tetapi juga oleh dukungan ekonomi, budaya makan, dan kebiasaan keluarga(Suparji et al., 2024).

Dukungan keluarga juga diperlukan untuk mendorong ibu tetap melakukan aktivitas fisik selama kehamilan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Aktivitas fisik yang aman, seperti berjalan kaki, senam hamil, yoga prenatal, atau latihan peregangan, terbukti memberikan manfaat dalam mengurangi nyeri punggung, mengontrol kenaikan berat badan, memperbaiki kualitas tidur, meningkatkan kebugaran, serta menurunkan risiko diabetes gestasional dan persalinan dengan tindakan operatif (Evenson et al., 2019; Morales-Suárez-Varela et al., 2021). Keluarga dapat memberikan dukungan dengan menemani ibu berolahraga, membantu pekerjaan rumah tangga agar ibu tidak mengalami kelelahan berlebihan, serta memberikan motivasi untuk tetap aktif sesuai rekomendasi tenaga kesehatan.

Selama kehamilan, ibu juga mengalami perubahan psikologis yang ditandai dengan perubahan suasana hati, kecemasan terhadap kondisi janin, kekhawatiran menghadapi persalinan, hingga perubahan citra tubuh. Perubahan tersebut merupakan respons yang wajar, tetapi apabila tidak dikelola dengan baik dapat berkembang menjadi gangguan kecemasan maupun depresi antenatal. Dalam kondisi ini, dukungan emosional dari keluarga memiliki peran yang sangat penting. Kehadiran suami dan anggota keluarga yang memberikan perhatian, mendengarkan keluhan, memberikan rasa aman, serta menunjukkan empati dapat membantu ibu mengurangi stres dan meningkatkan kesiapan menghadapi kehamilan maupun persalinan.

Sebaliknya, kurangnya dukungan emosional sering dikaitkan dengan meningkatnya risiko gangguan kesehatan mental selama kehamilan dan setelah persalinan (Al-Mutawtah et al., 2023).

Selain memberikan dukungan emosional, keluarga juga berperan dalam proses pengambilan keputusan bersama (shared decision-making). Pendekatan ini menempatkan ibu sebagai pengambil keputusan utama dengan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan. Selama kehamilan terdapat berbagai keputusan penting yang harus dipertimbangkan, seperti pemilihan tempat persalinan, tenaga kesehatan yang akan membantu persalinan, rencana persalinan normal atau tindakan medis tertentu sesuai indikasi, hingga kesiapan menghadapi keadaan darurat. Keterlibatan keluarga dalam proses pengambilan keputusan memungkinkan komunikasi yang lebih baik, meningkatkan pemahaman terhadap pilihan yang tersedia, serta memastikan bahwa keputusan yang diambil sesuai dengan kebutuhan dan preferensi ibu. Pendekatan shared decision-making juga meningkatkan kepuasan ibu terhadap pelayanan kesehatan dan memperkuat hubungan antara keluarga dengan tenaga kesehatan (Nieuwenhuijze et al., 2014).

Peran keluarga selama kehamilan tidak hanya terbatas pada pemberian dukungan sehari-hari, tetapi juga berkontribusi dalam mencegah terjadinya komplikasi kehamilan. Anggota keluarga dapat membantu mengenali tanda bahaya kehamilan, seperti perdarahan, sakit kepala hebat, pembengkakan yang berlebihan, penurunan gerakan janin, atau pecahnya ketuban sebelum waktunya. Pengetahuan tersebut memungkinkan keluarga segera membawa ibu ke fasilitas kesehatan sehingga komplikasi dapat ditangani sedini mungkin. Selain itu, keluarga juga berperan memastikan ibu mematuhi jadwal pemeriksaan kehamilan, mengonsumsi obat atau suplemen sesuai anjuran, menjaga pola makan yang sehat, menghindari kebiasaan berisiko seperti merokok atau konsumsi alkohol, serta mempersiapkan rencana persalinan dan rujukan apabila terjadi kegawatdaruratan. Keterlibatan aktif keluarga dalam upaya pencegahan komplikasi terbukti meningkatkan keselamatan ibu dan bayi serta mendukung keberhasilan pelayanan kesehatan maternal (Napso et al., 2018)

Secara keseluruhan, keluarga merupakan pendukung utama yang berperan dalam menjaga kesehatan ibu selama masa kehamilan. Dukungan tersebut tidak hanya mencakup pendampingan dalam pemeriksaan antenatal, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dorongan untuk melakukan aktivitas fisik, dan pemberian dukungan emosional, tetapi juga melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan serta upaya pencegahan komplikasi kehamilan. Oleh karena itu, penguatan peran keluarga perlu menjadi bagian integral dalam pelayanan antenatal agar ibu

dapat menjalani kehamilan secara sehat, aman, dan siap menghadapi proses persalinan serta masa nifas.

D. Keterlibatan Keluarga dalam Proses Persalinan

Persalinan merupakan peristiwa fisiologis sekaligus pengalaman emosional yang tidak hanya dialami oleh ibu, tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian penting dalam proses kelahiran. Saat ini, pelayanan persalinan tidak lagi hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga mengedepankan pendekatan family-centered childbirth care, yaitu pelayanan yang menempatkan ibu, bayi, dan keluarga sebagai satu kesatuan dalam proses asuhan. Pendekatan ini menekankan kemitraan antara tenaga kesehatan, ibu, dan keluarga melalui komunikasi yang terbuka, saling menghormati, serta keterlibatan aktif keluarga dalam setiap tahapan persalinan. Dengan demikian, keluarga tidak hanya menjadi pendamping, tetapi juga berperan sebagai mitra yang mendukung kebutuhan fisik, emosional, psikologis, dan sosial ibu selama proses persalinan (Gramling et al., 2004; Lazoğlu & Ejder Apay, 2019)

Salah satu bentuk keterlibatan keluarga yang paling banyak diterapkan adalah pendampingan persalinan (birth companionship). Pendamping persalinan dapat berupa suami, ibu kandung, anggota keluarga lain, sahabat, maupun pendamping terlatih (doula) yang dipilih oleh ibu. Kehadiran pendamping selama proses persalinan telah direkomendasikan oleh berbagai organisasi kesehatan karena memberikan manfaat yang signifikan bagi ibu maupun bayi. Pendamping persalinan memberikan rasa aman, membantu memenuhi kebutuhan ibu, memfasilitasi komunikasi dengan tenaga kesehatan, serta memberikan dukungan secara terus-menerus sejak awal hingga akhir persalinan (Afulani et al., 2018; Bohren et al., 2019). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa ibu yang didampingi oleh orang yang dipercayainya cenderung memiliki pengalaman persalinan yang lebih positif, tingkat kecemasan yang lebih rendah, serta kepuasan yang lebih tinggi terhadap pelayanan persalinan (AlKhunaizi et al., 2024).

Dukungan emosional merupakan salah satu bentuk dukungan keluarga yang paling dibutuhkan selama persalinan. Proses persalinan sering kali disertai rasa nyeri, ketidaknyamanan, ketakutan, dan kecemasan terhadap kondisi ibu maupun bayi. Dalam situasi tersebut, kehadiran anggota keluarga dapat memberikan ketenangan melalui kata-kata yang menenangkan, sentuhan, motivasi, serta pendampingan secara terus-menerus. Dukungan emosional membantu ibu merasa lebih percaya diri dalam menghadapi kontraksi, mengurangi rasa takut terhadap proses persalinan, dan meningkatkan kemampuan ibu dalam mengendalikan stres. Selain memberikan rasa nyaman, dukungan emosional juga berhubungan

dengan peningkatan produksi hormon oksitosin yang berperan dalam memperlancar kontraksi uterus dan mempercepat kemajuan persalinan (AlKhunaizi et al., 2024).

Selain dukungan emosional, keluarga juga berperan memberikan dukungan spiritual sesuai dengan keyakinan dan nilai budaya yang dianut ibu. Dukungan spiritual dapat berupa mengajak ibu berdoa, memberikan penguatan berdasarkan nilai-nilai agama, membacakan doa atau kitab suci, serta menciptakan suasana yang tenang dan penuh harapan selama proses persalinan. Bagi banyak ibu, dukungan spiritual memberikan ketenangan batin, meningkatkan rasa percaya diri, serta membantu menerima proses persalinan sebagai bagian dari pengalaman kehidupan yang bermakna. Oleh karena itu, pelayanan persalinan yang berpusat pada keluarga juga perlu menghormati kebutuhan spiritual dan budaya setiap keluarga sebagai bagian dari pelayanan yang holistik (Lazoğlu & Ejder Apay, 2019).

Keterlibatan keluarga juga penting dalam pengambilan keputusan klinis (shared decision-making) selama proses persalinan. Dalam kondisi tertentu, seperti perlunya induksi persalinan, tindakan operatif, atau penanganan komplikasi obstetri, keluarga sering kali menjadi pihak yang membantu ibu memahami informasi yang diberikan tenaga kesehatan dan mempertimbangkan pilihan tindakan yang tersedia. Pendekatan shared decision-making menempatkan ibu sebagai pengambil keputusan utama dengan dukungan keluarga dan tenaga kesehatan melalui komunikasi yang jelas, penyampaian informasi yang lengkap, serta penghormatan terhadap preferensi dan nilai-nilai yang dimiliki ibu. Keterlibatan keluarga dalam proses pengambilan keputusan terbukti meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan, memperkuat hubungan antara tenaga kesehatan dan keluarga, serta mengurangi kecemasan selama proses persalinan (Gramling et al., 2004).

Pendekatan family-centered childbirth care juga mendorong terciptanya hubungan kolaboratif antara tenaga kesehatan dan keluarga. Dalam pendekatan ini, keluarga dilibatkan dalam perencanaan persalinan, pemberian informasi mengenai perkembangan proses persalinan, dukungan selama kelahiran, hingga perawatan awal ibu dan bayi setelah persalinan. Komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan dan keluarga memungkinkan setiap keputusan klinis dilakukan secara transparan serta sesuai dengan kebutuhan ibu. Selain itu, keterlibatan keluarga membantu meningkatkan rasa percaya terhadap pelayanan kesehatan dan memperkuat kesiapan keluarga dalam merawat ibu serta bayi setelah kelahiran (Dzubaty, 2016; Lazoğlu & Ejder Apay, 2019).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga selama persalinan memberikan dampak positif terhadap luaran maternal dan neonatal. Kehadiran pendamping

persalinan dikaitkan dengan penurunan tingkat kecemasan ibu, berkurangnya kebutuhan analgesi farmakologis, meningkatnya peluang persalinan spontan, serta meningkatnya kepuasan ibu terhadap pengalaman melahirkan (AlKhunaizi et al., 2024; Bohren et al., 2019). Selain itu, dukungan keluarga juga berkontribusi terhadap keberhasilan inisiasi menyusu dini, terbentuknya ikatan awal (bonding) antara ibu dan bayi, serta meningkatkan kesiapan keluarga dalam memberikan perawatan pada masa nifas (Li et al., 2025). Dari sisi neonatal, dukungan keluarga yang optimal berhubungan dengan adaptasi bayi yang lebih baik setelah lahir melalui peningkatan kontak kulit dengan ibu dan keberhasilan pemberian ASI sejak dini.

Secara keseluruhan, keterlibatan keluarga dalam proses persalinan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan maternal yang berpusat pada ibu dan keluarga. Kehadiran keluarga sebagai pendamping persalinan, pemberi dukungan emosional dan spiritual, mitra dalam pengambilan keputusan klinis, serta bagian dari pendekatan family-centered childbirth care memberikan manfaat yang signifikan bagi kesehatan ibu dan bayi. Oleh karenanya, tenaga kesehatan perlu mendorong partisipasi aktif keluarga selama proses persalinan dengan tetap menghormati pilihan ibu, menjaga komunikasi yang efektif, dan memberikan kesempatan kepada keluarga untuk berkontribusi dalam menciptakan pengalaman persalinan yang aman, nyaman, dan bermakna.

E. Dukungan Keluarga pada Masa Nifas dan Menyusui

Masa nifas merupakan periode yang dimulai setelah plasenta lahir hingga enam minggu pascapersalinan, yang ditandai dengan proses pemulihan fisik, psikologis, dan sosial ibu menuju kondisi sebelum hamil (Zhu et al., 2025). Pada periode ini terjadi involusi uterus, perubahan hormonal, penyembuhan luka persalinan, serta dimulainya proses laktasi sehingga ibu memerlukan waktu untuk beradaptasi dengan berbagai perubahan tersebut (Ibrahim, 2023; Zhu et al., 2025). Selain pemulihan fisik, ibu juga mulai menjalankan peran baru sebagai pengasuh utama bayi sehingga masa nifas sering dianggap sebagai periode transisi yang memerlukan dukungan dari keluarga. Kemampuan ibu beradaptasi pada masa nifas dipengaruhi oleh kondisi kesehatan, pengalaman melahirkan, kesiapan menjadi orang tua, serta dukungan yang diterima dari lingkungan terdekat. Ibu yang memperoleh dukungan keluarga cenderung memiliki kepercayaan diri yang lebih baik dalam merawat bayi dan lebih mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan peran sebagai seorang ibu. Sebaliknya, kurangnya dukungan dapat meningkatkan stres, kelelahan, dan kesulitan dalam menjalani masa transisi setelah persalinan (Zhu et al., 2025).

Keluarga memiliki peran penting dalam mempercepat pemulihan ibu setelah melahirkan melalui pemberian bantuan secara praktis maupun emosional (Bevans et al., 2013). Bantuan tersebut dapat berupa membantu pekerjaan rumah tangga, menyiapkan makanan bergizi, mendampingi ibu saat kontrol nifas, serta membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari sehingga ibu memiliki waktu yang cukup untuk beristirahat. Dukungan praktis seperti ini terbukti meningkatkan kenyamanan ibu dan mempercepat proses pemulihan selama masa nifas (Torres-Toukoumidis et al., 2026). Selain membantu proses pemulihan, keluarga juga berperan besar dalam keberhasilan pemberian Air Susu Ibu (ASI). Menyusui memberikan manfaat penting bagi kesehatan ibu maupun bayi, namun keberhasilannya sangat dipengaruhi oleh dukungan yang diterima ibu dari orang-orang di sekitarnya (Uluğ & Öztürk, 2020). Suami merupakan sumber dukungan utama karena dapat memberikan motivasi, membantu mengurangi beban pekerjaan rumah, serta menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu untuk menyusui (Aksoy-Can et al., 2026). Penelitian menunjukkan bahwa dukungan pasangan berhubungan dengan meningkatnya breastfeeding self-efficacy, yaitu keyakinan ibu terhadap kemampuannya menyusui (Uluğ & Öztürk, 2020).

Peran keluarga dalam mendukung menyusui tidak hanya dilakukan oleh suami, tetapi juga oleh orang tua dan anggota keluarga lainnya (Tetikçok & İnal, 2025). Keluarga dapat membantu menggendong bayi setelah menyusu, memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat, serta memberikan dorongan agar ibu tetap memberikan ASI eksklusif sesuai rekomendasi tenaga kesehatan(Özdemir & Küçük, 2025). Pengetahuan keluarga mengenai manfaat ASI dan teknik menyusui juga terbukti meningkatkan keberhasilan pemberian ASI pada masa postpartum (Tetikçok & İnal, 2025). Masa nifas juga merupakan periode yang rentan terhadap perubahan kondisi emosional ibu. Banyak ibu mengalami postpartum blues yang ditandai dengan perasaan sedih, mudah menangis, cemas, dan perubahan suasana hati pada beberapa hari pertama setelah melahirkan (Schwab-Reese et al., 2017). Kondisi ini umumnya bersifat sementara, tetapi apabila tidak memperoleh dukungan yang memadai dapat berkembang menjadi depresi postpartum (Reid & Taylor, 2015). Oleh karena itu, dukungan emosional dari keluarga menjadi salah satu faktor penting dalam menjaga kesehatan mental ibu selama masa nifas (Inekwe & Lee, 2022).

Dukungan emosional dapat diberikan melalui perhatian, empati, komunikasi yang baik, serta kesediaan mendengarkan keluhan ibu tanpa menghakimi (Inekwe & Lee, 2022). Kehadiran suami dan keluarga yang memberikan rasa aman serta penghargaan terhadap usaha ibu dalam merawat bayi terbukti mampu menurunkan tingkat stres dan kecemasan post-partum

(Schwab-Reese et al., 2017). Sebaliknya, rendahnya dukungan sosial berkaitan dengan meningkatnya risiko depresi postpartum dan penurunan kualitas hidup ibu (Reid & Taylor, 2015). Selain menjaga kesehatan mental, keluarga juga memiliki tanggung jawab dalam perawatan bayi baru lahir. Perawatan bayi sebaiknya dilakukan secara bersama sehingga beban ibu tidak terlalu berat, terutama pada minggu-minggu pertama setelah persalinan (Inekwe & Lee, 2022). Suami dapat membantu mengganti popok, menenangkan bayi, atau menggendong bayi setelah menyusu, sedangkan anggota keluarga lain dapat membantu pekerjaan rumah tangga maupun memenuhi kebutuhan ibu sehari-hari. Pembagian tanggung jawab tersebut tidak hanya mengurangi kelelahan ibu, tetapi juga meningkatkan keterlibatan ayah dalam pengasuhan sejak dini. Istirahat yang cukup merupakan kebutuhan penting bagi ibu pada masa nifas karena berpengaruh terhadap proses penyembuhan, produksi ASI, dan kesehatan psikologis (Torres-Toukoumidis et al., 2026). Namun, tuntutan merawat bayi sering menyebabkan ibu mengalami kurang tidur dan kelelahan. Oleh karena itu, keluarga perlu memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat dengan mengambil alih sebagian pekerjaan rumah tangga maupun membantu merawat bayi ketika ibu tidur. Dukungan sederhana tersebut terbukti meningkatkan kenyamanan ibu dan membantu mempercepat pemulihan pascapersalinan.

Secara keseluruhan, dukungan keluarga pada masa nifas dan menyusui merupakan komponen penting dalam asuhan maternal yang berpusat pada ibu dan keluarga. Dukungan tersebut meliputi bantuan dalam proses adaptasi ibu, pemulihan fisik, keberhasilan menyusui, pencegahan postpartum blues dan depresi postpartum, pembagian tanggung jawab dalam perawatan bayi, serta pemenuhan kebutuhan istirahat ibu (Schury et al., 2017). Keterlibatan aktif suami, orang tua, dan anggota keluarga lainnya akan meningkatkan kesehatan ibu, mendukung tumbuh kembang bayi, serta memperkuat kesejahteraan keluarga secara keseluruhan (Aksoy-Can et al., 2026; Özdemir & Küçük, 2025).

F. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan salah satu komponen penting dalam keberhasilan asuhan maternal karena berkontribusi terhadap kesehatan fisik, psikologis, dan sosial ibu selama kehamilan, persalinan, hingga masa nifas. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan peningkatan adaptasi ibu terhadap peran baru, keberhasilan menyusui, penurunan tingkat stres, serta pencegahan gangguan kesehatan mental pada periode postpartum (Schobinger et al., 2022; Torres-Toukoumidis et al., 2026). Meskipun demikian, kualitas dukungan yang diberikan oleh setiap keluarga tidak selalu sama. Ada keluarga yang

mampu memberikan dukungan secara optimal, tetapi ada pula yang mengalami berbagai hambatan sehingga dukungan yang diberikan belum memenuhi kebutuhan ibu.

Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik yang berasal dari karakteristik individu anggota keluarga maupun dari lingkungan tempat keluarga tersebut berada. Pengetahuan, tingkat pendidikan, budaya, kondisi ekonomi, pengalaman kehamilan sebelumnya, hingga akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan beberapa faktor yang menentukan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan kepada ibu (Yesilcinar et al., 2017). Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memahami faktor-faktor tersebut agar dapat memberikan edukasi dan intervensi yang sesuai dengan kondisi masing-masing keluarga. Berikut merupakan beberapa faktor yang memengaruhi dukungan keluarga selama periode maternal.

1. Pengetahuan Keluarga dan Literasi Kesehatan

   Pengetahuan keluarga merupakan faktor yang paling mendasar dalam membentuk perilaku dukungan kepada ibu. Literasi kesehatan yang baik memungkinkan keluarga memahami perubahan yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, sehingga mampu memberikan bantuan sesuai kebutuhan ibu. Keluarga yang memahami manfaat pemeriksaan kehamilan, pentingnya ASI eksklusif, tanda bahaya masa nifas, serta cara merawat bayi baru lahir akan lebih siap mendampingi ibu selama proses adaptasi menjadi orang tua (Schobinger et al., 2022). Sebaliknya, rendahnya literasi kesehatan dapat menyebabkan keluarga kurang memahami kondisi ibu dan bayi, sehingga terlambat mengambil keputusan ketika terjadi masalah kesehatan. Kurangnya pengetahuan juga dapat memunculkan berbagai mitos atau praktik yang tidak sesuai dengan rekomendasi tenaga kesehatan (Sharma et al., 2025). Oleh karena itu, pendidikan kesehatan yang melibatkan seluruh anggota keluarga menjadi salah satu strategi penting untuk meningkatkan kualitas dukungan keluarga.

2. Latar Belakang Pendidikan

   Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam memahami informasi kesehatan dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Keluarga dengan pendidikan yang lebih tinggi umumnya lebih mudah menerima informasi baru, mencari sumber informasi yang terpercaya, serta memahami penjelasan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (Yesilcinar et al., 2017). Kondisi tersebut akan mempermudah keluarga dalam memberikan dukungan yang tepat kepada ibu. Namun

demikian, pendidikan formal bukan satu-satunya faktor yang menentukan kualitas dukungan keluarga. Pengalaman hidup, keterbukaan terhadap informasi, dan kemauan untuk belajar juga berperan penting dalam meningkatkan kemampuan keluarga mendukung kesehatan ibu (Zhu et al., 2025). Oleh sebab itu, tenaga kesehatan perlu menyesuaikan metode edukasi dengan tingkat pendidikan dan kemampuan memahami informasi yang dimiliki oleh setiap keluarga.

3. Budaya dan Kepercayaan Keluarga

Budaya memiliki pengaruh yang besar terhadap perilaku keluarga dalam mendampingi ibu selama periode maternal. Setiap daerah memiliki nilai, norma, dan tradisi yang berbeda mengenai kehamilan, persalinan, masa nifas, maupun menyusui (Bevans et al., 2013). Sebagian tradisi memberikan manfaat bagi kesehatan ibu, misalnya kebiasaan membantu pekerjaan rumah selama masa nifas atau memberikan pendampingan kepada ibu setelah melahirkan. Di sisi lain, terdapat pula kepercayaan yang kurang sesuai dengan bukti ilmiah, seperti pembatasan konsumsi makanan bergizi atau penghentian pemberian ASI karena alasan tertentu. Praktik-praktik tersebut dapat memengaruhi kualitas dukungan yang diberikan kepada ibu apabila tidak disertai pemahaman kesehatan yang benar. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memberikan edukasi yang menghargai budaya setempat tanpa mengabaikan prinsip keselamatan ibu dan bayi.

4. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi memengaruhi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Ketersediaan sumber daya ekonomi menentukan kemampuan keluarga menyediakan makanan bergizi, biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan, pemeriksaan kesehatan, obat-obatan, maupun perlengkapan bayi (Kershaw et al., 2014). Keluarga dengan kondisi ekonomi yang lebih baik umumnya memiliki akses yang lebih luas terhadap pelayanan kesehatan dan sumber informasi sehingga lebih mudah memberikan dukungan yang optimal. Meskipun demikian, dukungan keluarga tidak selalu bergantung pada kondisi ekonomi. Perhatian, empati, komunikasi yang baik, serta pendampingan selama ibu menjalani proses kehamilan dan masa nifas merupakan bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh seluruh keluarga tanpa memerlukan biaya yang besar (Torres-Toukoumidis et al., 2026).

5. Nilai dan Keyakinan Keluarga

Nilai yang dianut dalam keluarga akan memengaruhi cara anggota keluarga menjalankan perannya dalam mendukung ibu. Keluarga yang memiliki nilai kebersamaan, saling menghargai, dan tanggung jawab bersama cenderung lebih aktif membantu ibu dalam memenuhi kebutuhan fisik maupun emosional selama periode maternal (Torres-Toukoumidis et al., 2026). Kondisi tersebut memungkinkan terjadinya pembagian tugas yang lebih seimbang antara ibu, suami, dan anggota keluarga lainnya. Sebaliknya, apabila keluarga masih beranggapan bahwa seluruh tanggung jawab pengasuhan bayi dan pekerjaan rumah merupakan tugas ibu, maka beban fisik maupun psikologis ibu akan meningkat. Oleh karena itu, perubahan nilai menuju pola pengasuhan yang lebih kolaboratif menjadi salah satu upaya penting dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi (Torres-Toukoumidis et al., 2026).

6. Pengalaman Kehamilan dan Persalinan Sebelumnya

Pengalaman sebelumnya menjadi sumber pembelajaran bagi keluarga dalam menghadapi kehamilan dan persalinan berikutnya. Keluarga yang pernah mendampingi ibu selama kehamilan umumnya lebih memahami kebutuhan ibu, mengenali tanda bahaya, serta lebih percaya diri dalam memberikan dukungan (Torres-Toukoumidis et al., 2026). Sebaliknya, keluarga yang baru pertama kali menghadapi kehamilan biasanya masih memerlukan bimbingan dan informasi yang lebih intensif dari tenaga kesehatan (Schobinger et al., 2022). Pengalaman negatif, seperti komplikasi pada kehamilan sebelumnya, juga dapat meningkatkan kewaspadaan keluarga sehingga mereka lebih aktif memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pengalaman menjadi salah satu faktor yang membentuk kesiapan keluarga dalam memberikan dukungan kepada ibu.

7. Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Keterlibatan tenaga kesehatan berperan penting dalam memperkuat kemampuan keluarga memberikan dukungan kepada ibu. Bidan, perawat, dokter, maupun konselor laktasi tidak hanya memberikan pelayanan kepada ibu, tetapi juga berfungsi sebagai edukator bagi keluarga (Schobinger et al., 2022). Edukasi mengenai perawatan kehamilan, persalinan, menyusui, kesehatan mental, dan perawatan bayi baru lahir akan meningkatkan pengetahuan serta kepercayaan diri keluarga dalam mendampingi ibu (Baghersad et al., 2019). Hubungan yang baik antara tenaga kesehatan dan keluarga juga

akan meningkatkan komunikasi, kepercayaan, dan keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan. Pendekatan ini sejalan dengan konsep family-centered care yang menempatkan keluarga sebagai mitra dalam pemberian pelayanan kesehatan maternal (Schobinger et al., 2022).

8. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Maternal

Kemudahan mengakses pelayanan kesehatan menjadi faktor penting yang memengaruhi kualitas dukungan keluarga. Akses terhadap pemeriksaan kehamilan, persalinan di fasilitas kesehatan, pelayanan nifas, konseling menyusui, serta pelayanan kesehatan bayi memberikan kesempatan bagi keluarga untuk memperoleh informasi dan bantuan yang diperlukan (Elmusharaf et al., 2015a). Semakin mudah akses yang dimiliki keluarga, semakin besar peluang mereka memperoleh edukasi yang benar mengenai kesehatan ibu dan bayi. Sebaliknya, hambatan berupa jarak, biaya, keterbatasan transportasi, maupun kurangnya fasilitas kesehatan dapat mengurangi kesempatan keluarga memperoleh pelayanan yang berkualitas (Schobinger et al., 2022). Oleh karena itu, peningkatan akses pelayanan kesehatan perlu disertai dengan pemberdayaan keluarga agar informasi yang diperoleh dapat diterapkan secara optimal.

9. Keterlibatan Suami sebagai Sumber Dukungan Utama

Di antara seluruh anggota keluarga, suami merupakan sumber dukungan yang memiliki pengaruh paling besar terhadap kesejahteraan ibu. Dukungan suami terbukti berhubungan dengan meningkatnya kesehatan mental ibu, keberhasilan menyusui, serta menurunnya risiko depresi postpartum (Eslahi et al., 2021; Xie et al., 2010). Bentuk dukungan tersebut meliputi pendampingan selama kehamilan, membantu pengambilan keputusan, memberikan motivasi, membantu merawat bayi, hingga memberikan dukungan emosional ketika ibu mengalami kelelahan atau stres (Baghersad et al., 2019). Keterlibatan suami juga dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam menjalankan perannya sebagai orang tua serta memperkuat hubungan antara ayah, ibu, dan bayi. Oleh karena itu, berbagai program kesehatan maternal saat ini semakin mendorong partisipasi aktif suami sebagai bagian dari pelayanan yang berpusat pada keluarga (Baghersad et al., 2019).

G. Strategi Penguatan Dukungan Keluarga dalam Pelayanan Kesehatan Maternal

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting yang berkontribusi terhadap keberhasilan pelayanan kesehatan maternal. Namun, dukungan tersebut tidak selalu terbentuk secara otomatis, melainkan perlu diperkuat melalui berbagai strategi yang melibatkan ibu, keluarga, tenaga kesehatan, serta sistem pelayanan kesehatan. Penguatan dukungan keluarga bertujuan meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan kepada ibu selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas (Lazoğlu & Ejder Apay, 2019). Pendekatan ini sejalan dengan konsep family-centered care yang menempatkan keluarga sebagai mitra aktif dalam proses pelayanan kesehatan sehingga kebutuhan ibu dan bayi dapat dipenuhi secara lebih komprehensif (Gramling et al., 2004).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa strategi penguatan dukungan keluarga dapat meningkatkan kesiapan keluarga menghadapi kehamilan dan persalinan, meningkatkan keberhasilan menyusui, memperbaiki kesehatan mental ibu, serta menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal (Torres-Toukoumidis et al., 2026). Oleh karena itu, penguatan dukungan keluarga perlu dilakukan melalui berbagai pendekatan yang terintegrasi, mulai dari pendidikan kesehatan, konseling, kunjungan rumah, pemanfaatan teknologi digital, hingga kolaborasi antarprofesi kesehatan.

1. Pendidikan Antenatal Berbasis Keluarga (*Family-Centered Antenatal Education*)

   Pendidikan antenatal merupakan salah satu strategi utama dalam meningkatkan keterlibatan keluarga selama proses kehamilan. Berbeda dengan pendidikan antenatal konvensional yang hanya berfokus pada ibu, pendekatan berbasis keluarga melibatkan suami dan anggota keluarga lainnya sebagai peserta aktif dalam proses pembelajaran (Gerein et al., 2003). Melalui pendidikan ini, keluarga memperoleh pengetahuan mengenai perubahan selama kehamilan, tanda bahaya, persiapan persalinan, perawatan bayi baru lahir, serta pentingnya dukungan keluarga terhadap ibu (Lazoğlu & Ejder Apay, 2019). Pelibatan keluarga dalam pendidikan antenatal terbukti meningkatkan pemahaman mengenai peran masing-masing anggota keluarga dalam mendukung kesehatan ibu. Selain meningkatkan pengetahuan, pendidikan berbasis keluarga juga membantu membangun komunikasi yang lebih baik antara ibu dan keluarga sehingga

keputusan mengenai kesehatan maternal dapat dilakukan secara bersama-sama (Gerein et al., 2003).

2. Kelas Antenatal yang Melibatkan Suami dan Anggota Keluarga

Kelas ibu hamil menjadi lebih efektif apabila tidak hanya diikuti oleh ibu, tetapi juga melibatkan suami maupun anggota keluarga lainnya. Kehadiran suami dalam kelas antenatal meningkatkan pemahaman mengenai kebutuhan fisik dan emosional ibu selama kehamilan, persalinan, hingga masa nifas (Gerein et al., 2003). Selain itu, suami juga memperoleh keterampilan dasar mengenai pendampingan persalinan, dukungan menyusui, serta perawatan bayi baru lahir. Keterlibatan anggota keluarga dalam kelas antenatal membantu membangun rasa tanggung jawab bersama terhadap kesehatan ibu dan bayi. Dengan demikian, dukungan yang diberikan tidak hanya bersifat emosional, tetapi juga diwujudkan melalui pembagian tugas dalam keluarga serta pengambilan keputusan yang lebih kolaboratif (Lazoğlu & Ejder Apay, 2019).

3. Konseling Keluarga

Konseling keluarga merupakan strategi yang bertujuan membantu keluarga memahami kebutuhan ibu sekaligus mengatasi berbagai masalah yang mungkin muncul selama periode maternal. Konseling tidak hanya membahas aspek medis, tetapi juga mencakup komunikasi keluarga, dukungan emosional, kesiapan menjadi orang tua, hingga kesehatan mental ibu (Low & Barroso, 2013). Melalui konseling, tenaga kesehatan dapat mengidentifikasi hambatan yang dialami keluarga, seperti kurangnya pengetahuan, konflik keluarga, atau kecemasan menghadapi persalinan. Pendekatan ini memungkinkan keluarga memperoleh solusi yang sesuai dengan kondisi masing-masing sehingga mereka lebih siap mendukung ibu secara optimal (Torres-Toukoumidis et al., 2026).

4. Program Kunjungan Rumah (Home Visit)

Kunjungan rumah merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang efektif dalam memperkuat dukungan keluarga, terutama pada masyarakat yang memiliki keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan (Elmusharaf et al., 2015a). Melalui kunjungan rumah, bidan atau perawat dapat menilai kondisi ibu, bayi, dan lingkungan keluarga secara langsung sehingga intervensi yang diberikan lebih sesuai dengan kebutuhan. Selain melakukan pemeriksaan kesehatan, tenaga kesehatan juga dapat memberikan edukasi mengenai persiapan persalinan, perawatan bayi, pemberian ASI,

maupun tanda bahaya pada ibu dan bayi. Program home visit juga memberikan kesempatan kepada seluruh anggota keluarga untuk berdiskusi mengenai berbagai masalah yang dihadapi sehingga dukungan keluarga dapat diperkuat secara berkelanjutan (Nyasulu & Engelbrecht, 2010).

5. Implementasi Family-Centered Care

Pendekatan family-centered care merupakan strategi pelayanan kesehatan yang menempatkan ibu dan keluarga sebagai mitra aktif dalam seluruh proses pelayanan. Dalam pendekatan ini, keluarga dilibatkan dalam perencanaan asuhan, pengambilan keputusan, serta evaluasi pelayanan yang diberikan (Lazoğlu & Ejder Apay, 2019). Penerapan family-centered care didasarkan pada prinsip saling menghormati, komunikasi terbuka, kolaborasi, dan penghargaan terhadap nilai budaya keluarga. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan kepuasan ibu terhadap pelayanan kesehatan, tetapi juga memperkuat hubungan antara tenaga kesehatan dan keluarga sehingga kualitas pelayanan maternal menjadi lebih baik (Gramling et al., 2004).

6. Pemanfaatan Teknologi Digital dalam Pelayanan Maternal

Perkembangan teknologi digital membuka peluang baru dalam meningkatkan dukungan keluarga terhadap ibu selama periode maternal. Berbagai aplikasi mobile health (mHealth), pesan singkat, video edukasi, maupun layanan konsultasi daring dapat dimanfaatkan sebagai media penyampaian informasi kesehatan kepada ibu dan keluarga (Bao et al., 2025). Teknologi digital memungkinkan keluarga memperoleh informasi kapan saja tanpa harus selalu datang ke fasilitas kesehatan. Selain memberikan edukasi, teknologi digital juga dapat digunakan sebagai sarana pemantauan kondisi ibu, pengingat jadwal pemeriksaan kehamilan, serta media komunikasi antara keluarga dan tenaga kesehatan (Atukunda et al., 2025). Pemanfaatan teknologi ini terbukti meningkatkan keterlibatan keluarga dalam mendukung kesehatan maternal, terutama pada daerah dengan keterbatasan akses pelayanan kesehatan.

7. Peran Bidan dalam Penguatan Dukungan Keluarga

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang memiliki peran strategis dalam membangun hubungan dengan keluarga sejak masa kehamilan hingga masa nifas. Selain memberikan pelayanan klinis, bidan berperan sebagai pendidik, konselor, advokat, dan fasilitator bagi keluarga (Esan et al., 2025). Bidan dapat mendorong keterlibatan suami dalam pemeriksaan kehamilan, memberikan edukasi mengenai persiapan persalinan,

serta membantu keluarga menyusun rencana menghadapi komplikasi obstetri. Melalui pendekatan yang komunikatif dan berpusat pada keluarga, bidan dapat meningkatkan kesiapan keluarga dalam memberikan dukungan kepada ibu sepanjang periode maternal (Esan et al., 2025).

8. Peran Perawat Maternitas

Perawat maternitas memiliki peran penting dalam memberikan asuhan yang komprehensif kepada ibu dan keluarga selama masa antenatal, intranatal, maupun postnatal. Perawat tidak hanya memberikan perawatan fisik, tetapi juga mendukung kebutuhan psikologis, sosial, dan edukasi keluarga (Low & Barroso, 2013). Selain memberikan pendidikan kesehatan, perawat maternitas berperan memfasilitasi komunikasi antara keluarga dan tim kesehatan, memberikan dukungan emosional kepada ibu, serta membantu keluarga mengembangkan kemampuan dalam merawat bayi baru lahir. Peran tersebut menjadi bagian penting dalam menciptakan pelayanan maternal yang berorientasi pada keluarga (Low & Barroso, 2013).

9. Kolaborasi Interprofesional

Pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas memerlukan kolaborasi antara berbagai tenaga kesehatan, seperti dokter spesialis obstetri dan ginekologi, bidan, perawat, ahli gizi, psikolog, konselor laktasi, serta pekerja sosial. Setiap profesi memiliki kompetensi yang saling melengkapi sehingga kebutuhan ibu dan keluarga dapat dipenuhi secara menyeluruh (Bradley & Zion, 2013). Kolaborasi interprofesional juga memungkinkan penyusunan rencana asuhan yang lebih terintegrasi serta meningkatkan koordinasi dalam menangani berbagai masalah kesehatan maternal. Dengan melibatkan keluarga dalam proses kolaborasi tersebut, pelayanan yang diberikan menjadi lebih efektif, berkesinambungan, dan sesuai dengan kebutuhan ibu serta bayi (Low & Barroso, 2013).

H. Tantangan dan Peluang Penguatan Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Keterlibatan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan ibu terhadap pelayanan kesehatan, memperkuat kesehatan mental, meningkatkan keberhasilan menyusui, serta membantu mencegah komplikasi maternal dan neonatal (Koblinsky et al., 2016; Yargawa & Leonardi-Bee, 2015). Namun, upaya memperkuat dukungan keluarga masih menghadapi berbagai tantangan yang dipengaruhi oleh faktor budaya,

sosial, ekonomi, dan perubahan dalam kehidupan masyarakat. Di sisi lain, kemajuan teknologi, kebijakan pemerintah, serta berkembangnya pendekatan family-centered care membuka peluang baru untuk meningkatkan keterlibatan keluarga dalam pelayanan kesehatan maternal. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memahami berbagai tantangan sekaligus memanfaatkan peluang yang ada agar penguatan dukungan keluarga dapat berjalan secara optimal.

1. Norma Budaya dan Patriarki

   Norma budaya dan sistem patriarki masih menjadi tantangan dalam pelayanan kesehatan maternal di berbagai negara. Dalam beberapa budaya, keputusan mengenai pemeriksaan kehamilan, tempat persalinan, atau penggunaan pelayanan kesehatan masih didominasi oleh suami atau anggota keluarga yang lebih tua sehingga membatasi kemandirian ibu dalam mengambil keputusan (Opara et al., 2024). Selain itu, beberapa kebiasaan budaya yang tidak sesuai dengan bukti ilmiah juga dapat menghambat ibu memperoleh pelayanan kesehatan yang tepat (Chanda et al., 2024). Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memberikan edukasi yang menghargai nilai budaya sekaligus mendorong pengambilan keputusan yang berorientasi pada keselamatan ibu dan bayi.

2. Keterlibatan Ayah yang Masih Terbatas

   Meskipun manfaat keterlibatan ayah telah banyak dibuktikan, partisipasi ayah dalam pelayanan kesehatan maternal masih tergolong rendah. Banyak ayah masih memandang bahwa kehamilan dan pengasuhan bayi merupakan tanggung jawab utama ibu, sementara perannya terbatas sebagai pencari nafkah (Yargawa & Leonardi-Bee, 2015). Padahal, dukungan ayah berpengaruh terhadap kepatuhan ibu menjalani pemeriksaan kehamilan, kesiapan menghadapi persalinan, kesehatan mental ibu, dan keberhasilan menyusui. Oleh karena itu, berbagai program kesehatan perlu mendorong partisipasi aktif ayah dalam setiap tahapan pelayanan maternal.

3. Beban Kerja dan Keterbatasan Waktu Keluarga

   Kesibukan pekerjaan dan berbagai tanggung jawab keluarga sering kali menjadi hambatan dalam memberikan dukungan kepada ibu. Keluarga yang memiliki waktu terbatas cenderung sulit mendampingi ibu saat pemeriksaan kehamilan, mengikuti kelas antenatal, maupun membantu perawatan bayi setelah persalinan (Berry & Anyakoha, 2010). Kondisi ini banyak ditemukan pada keluarga modern yang kedua orang tuanya bekerja atau tinggal jauh dari keluarga besar. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan perlu

lebih fleksibel dengan menyediakan berbagai metode edukasi yang dapat diakses sesuai waktu yang dimiliki keluarga.

4. Kepercayaan Tradisional dan Miskonsepsi

Kepercayaan tradisional yang tidak sesuai dengan bukti ilmiah masih menjadi tantangan dalam pelayanan kesehatan maternal. Beberapa keluarga masih mempercayai mitos mengenai makanan yang harus dihindari selama kehamilan, larangan melakukan aktivitas tertentu, atau penggunaan pengobatan tradisional sebagai pengganti pelayanan kesehatan (Chanda et al., 2024). Kondisi ini dapat menyebabkan keterlambatan memperoleh pertolongan ketika terjadi komplikasi. Namun demikian, beberapa tradisi lokal juga memiliki nilai positif, seperti kebiasaan membantu ibu selama masa nifas. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memberikan edukasi berbasis bukti tanpa mengabaikan nilai budaya yang berkembang di masyarakat (Opara et al., 2024).

5. Perubahan Struktur Keluarga

Perubahan struktur keluarga, seperti meningkatnya jumlah keluarga inti (nuclear family), urbanisasi, dan mobilitas penduduk, menyebabkan ibu tidak selalu memperoleh dukungan dari keluarga besar sebagaimana yang terjadi pada masa lalu (Hannah et al., 2025). Kondisi ini dapat meningkatkan beban ibu, terutama pada masa nifas ketika membutuhkan bantuan dalam merawat bayi. Oleh karena itu, diperlukan upaya membangun sumber dukungan alternatif melalui kelompok ibu hamil, kelompok pendukung menyusui, maupun komunitas kesehatan agar ibu tetap memperoleh dukungan yang memadai (Parashar et al., 2018).

6. Peluang Melalui Telehealth dan Teknologi Digital

Perkembangan teknologi digital memberikan peluang besar untuk memperkuat dukungan keluarga dalam pelayanan kesehatan maternal. Berbagai layanan telehealth, aplikasi kesehatan ibu, konsultasi daring, maupun media edukasi digital memungkinkan keluarga memperoleh informasi kesehatan dengan lebih mudah tanpa dibatasi oleh jarak dan waktu (Butler et al., 2024). Teknologi digital juga dapat dimanfaatkan untuk mengingatkan jadwal pemeriksaan kehamilan, memberikan edukasi mengenai persiapan persalinan, serta memfasilitasi komunikasi antara keluarga dan tenaga kesehatan. Dengan demikian, teknologi menjadi salah satu inovasi yang dapat meningkatkan keterlibatan keluarga secara berkelanjutan.

7. Dukungan Kebijakan Pemerintah

Pemerintah memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan yang mendukung keterlibatan keluarga dalam pelayanan kesehatan maternal. Berbagai kebijakan, seperti penguatan pelayanan kesehatan primer, penyelenggaraan kelas ibu hamil, program kunjungan rumah, serta promosi pendampingan persalinan oleh keluarga merupakan langkah yang dapat meningkatkan partisipasi keluarga dalam menjaga kesehatan ibu dan bayi (Elmusharaf et al., 2015b; Koblinsky et al., 2016). Dukungan kebijakan juga diperlukan agar fasilitas kesehatan semakin ramah terhadap keterlibatan keluarga.

8. Arah Pengembangan Pelayanan Maternal Berbasis Keluarga

Pelayanan kesehatan maternal di masa depan diharapkan semakin mengedepankan pendekatan family-centered care, yaitu pelayanan yang melibatkan ibu dan keluarga sebagai mitra dalam setiap proses asuhan (Rouse et al., 2019). Pendekatan ini perlu didukung oleh kolaborasi antarprofesi, pemanfaatan teknologi digital, pemberdayaan masyarakat, serta kebijakan kesehatan yang berpihak pada keluarga. Dengan sinergi tersebut, pelayanan kesehatan maternal tidak hanya berfokus pada ibu sebagai individu, tetapi juga memperkuat kemampuan keluarga dalam mendukung kesehatan ibu dan bayi secara berkelanjutan (Koblinsky et al., 2016).

I. Penutup

Dukungan keluarga merupakan salah satu komponen fundamental dalam pelayanan kesehatan maternal yang berpusat pada ibu dan keluarga (family-centered maternity care). Selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas, ibu mengalami berbagai perubahan fisik, psikologis, sosial, dan emosional yang memerlukan proses adaptasi secara berkelanjutan. Dalam menghadapi perubahan tersebut, keluarga berperan sebagai support system utama yang memberikan dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan sehingga ibu mampu menjalani setiap tahapan reproduksi dengan lebih sehat, aman, dan percaya diri. Berbagai bukti ilmiah menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga berkontribusi terhadap meningkatnya kepatuhan ibu dalam memanfaatkan pelayanan antenatal, kesiapan menghadapi persalinan, keberhasilan pemberian ASI, percepatan pemulihan pada masa nifas, serta penurunan risiko gangguan kesehatan mental, seperti kecemasan dan depresi postpartum. Selain memberikan manfaat bagi ibu, dukungan keluarga juga berdampak positif terhadap

kesehatan dan tumbuh kembang bayi melalui peningkatan kualitas pengasuhan sejak awal kehidupan.

Penguatan dukungan keluarga tidak hanya menjadi tanggung jawab keluarga itu sendiri, tetapi juga memerlukan peran aktif tenaga kesehatan, khususnya perawat dan bidan, dalam memberikan edukasi, konseling, pendampingan, serta pemberdayaan keluarga. Penerapan pendekatan family-centered care, pengembangan pendidikan kesehatan berbasis keluarga, pemanfaatan teknologi digital, serta kolaborasi interprofesional merupakan strategi yang dapat meningkatkan kapasitas keluarga dalam mendukung kesehatan maternal secara optimal. Meskipun demikian, berbagai tantangan, seperti keterbatasan literasi kesehatan, faktor budaya, perubahan struktur keluarga, kesenjangan sosial ekonomi, serta rendahnya keterlibatan ayah dalam pelayanan kesehatan maternal, masih menjadi hambatan yang perlu diatasi. Oleh karena itu, diperlukan komitmen bersama antara keluarga, tenaga kesehatan, masyarakat, dan pemerintah untuk menciptakan lingkungan yang mendukung keterlibatan keluarga dalam setiap tahapan pelayanan kesehatan ibu.

Dapat disimpulkan bahwa keberhasilan pelayanan kesehatan maternal tidak hanya diukur dari terselenggaranya pelayanan klinis yang berkualitas, tetapi juga dari sejauh mana keluarga mampu berperan sebagai mitra aktif dalam menjaga kesehatan ibu dan bayi. Dengan memperkuat dukungan keluarga sejak masa kehamilan hingga masa nifas, diharapkan kualitas kesehatan maternal dapat terus meningkat, angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi dapat ditekan, serta tercipta keluarga yang lebih sehat, tangguh, dan sejahtera sebagai fondasi bagi pembangunan kesehatan di masa depan.

Referensi

Afulani, P., Kusi, C., Kirumbi, L., & Walker, D. (2018). Companionship during facility-based childbirth: Results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12884-018-1806-1

Aksoy-Can, A., Buldum, A., & Eker, S. (2026). The mediating role of comfort in the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy among primiparous mothers after cesarean. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 174(2), 913–921. https://doi.org/10.1002/ijgo.70914

AlKhunaizi, A. N., Al-Otaibi, A. G., Alharbi, M. F., & Bahari, G. (2024). Exploring

Healthcare Providers' and Women's Perspectives of Labor Companionship during Childbirth: An Interpretative Phenomenological Analysis Study. Healthcare (Switzerland), 12(9). https://doi.org/10.3390/healthcare12090869

Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H.-P., & Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0

Atukunda, E. C., Mugyenyi, G. R., Haberer, J. E., Siedner, M. J., Musiimenta, A., Najjuma, J. N., Obua, C., & Matthews, L. T. (2025). Integration of a Patient-Centered mHealth Intervention (Support-Moms) Into Routine Antenatal Care to Improve Maternal Health Among Pregnant Women in Southwestern Uganda: Protocol for a Randomized Controlled Trial. JMIR Research Protocols, 14. https://doi.org/10.2196/67049

Baghersad, Z., Mokhtari, F., & Bahadoran, P. (2019). Effect of Home Care on Husband's Support During the Postpartum Period. Journal of Holistic Nursing and Midwifery, 29(4), 210–217. https://doi.org/10.32598/JHNM.29.4.210

Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S., & Hoekzema, E. (2019). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. Archives of Women's Mental Health, 22(2), 289–299. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0889-z

Berry, I. S., & Anyakoha, E. U. (2010). Strategies for Enhancing Maternal Health within Families. Journal of Home Economics Research, 12(SEPTEMBER), 228–238. https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-80053975917&partnerID=40&md5=1f8ed1793b7251e89eb9598d273a82c1

Bevans, K. B., Bhatt, S. K., Pascoe, J. M., & Pati, S. (2013). Measurement of Maternal Instrumental Support: Findings from Three Population-Based Cohort Studies. Maternal and Child Health Journal, 17(1), 14–22. https://doi.org/10.1007/s10995-012-0958-2

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019(3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2

Bradley, P. A., & Zion, J. K. (2013). Multidisciplinary Antepartum Model of Care to Improve Perinatal Outcomes. JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 42, S71–S72. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12158

Buli, T. D., Wakgari, N., Ganfure, G., Wondimu, F., Dube, D. L., Moti, G., & Doba, Y. S. (2023). Completion of the continuum of maternity care and associated factors among women who gave birth in the last 6 months in Chelia district, West Shoa zone, Ethiopia: A community-based cross-sectional study. Frontiers in Public Health, 10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1026236

Butler, S., Sculley, D., Santos, D., Girones, X., Singh-Grewal, D., & Coda, A. (2024). Using Digital Health Technologies to Monitor Pain, Medication Adherence and Physical Activity in Young People with Juvenile Idiopathic Arthritis: A Feasibility Study. Healthcare (Basel, Switzerland), 12(3). https://doi.org/10.3390/healthcare12030392

Chanda, S. K., McHugh, G. A., & Horne, M. (2024). Using the theoretical domains framework to identify the sociocultural barriers and enablers to access and use of primary and maternal healthcare services by rural Bangladeshi women: a qualitative study. BMC Health Services Research, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12913-024-11657-x

Dzubaty, D. R. (2016). Providing Family-Centered Care in Maternal-Newborn Settings: A Case Study. Newborn and Infant Nursing Reviews, 16(2), 55–57. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.006

Elmusharaf, K., Byrne, E., & O'Donovan, D. (2015a). Strategies to increase demand for maternal health services in resource-limited settings: Challenges to be addressed. BMC Public Health, 15(1). https://doi.org/10.1186/s12889-015-2222-3

Elmusharaf, K., Byrne, E., & O'Donovan, D. (2015b). Strategies to increase demand for maternal health services in resource-limited settings: Challenges to be addressed. BMC Public Health, 15(1). https://doi.org/10.1186/s12889-015-2222-3

Esan, D. T., Onilude, K. A., & Ramos, C. G. (2025). Barriers and facilitators to implementing the birth preparedness and complication readiness strategy: midwives' perceptions. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1). https://doi.org/10.1186/s12884-025-08307-3

Eslahi, Z., Bahrami, N., Allen, K.-A., & Alimoradi, Z. (2021). Spouse's social support in

the postpartum period, predictors and its relationship with postpartum depression in a sample of Iranian primiparous women. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 154(1), 24–30. https://doi.org/10.1002/ijgo.13488

Evenson, K. R., Mottola, M. F., & Artal, R. (2019). Review of recent physical activity guidelines during pregnancy to facilitate advice by health care providers. Obstetrical and Gynecological Survey, 74(8), 481–489. https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000693

Finfgeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. Journal of Nursing Scholarship, 37(1), 4–9. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x

Friedman, H. S., & Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health*. Annual Review of Psychology, 65(1), 719–742. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115123

Gerein, N., Mayhew, S., & Lubben, M. (2003). A framework for a new approach to antenatal care. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 80(2), 175–182. https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00331-4

Ghosh, N., & MacLennan, K. (2025). Physiology of pregnancy. Anaesthesia and Intensive Care Medicine, 26(4), 220–226. https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2025.02.014

Gramling, L., Hickman, K., & Bennett, S. (2004). What makes a good family-centered partnership between women and their practitioners? A qualitative study. Birth, 31(1), 43–48. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0273.x

Hannah, M., Steward, K., & Renfrew, M. (2025). Humanising Institutions. In Humanising Birth: Considerations for the Global Maternity Crisis (pp. 47–60). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-031-95827-4_4

Herrera-Pastor, D., Frost, N., & Devaney, C. (2020). Understanding contemporary Family Support: Reflections on theoretical and conceptual frameworks. Social Work and Social Sciences Review, 21(2), 27–45. https://doi.org/10.1921/SWSSR.V21I2.1420

House, J. S. (1987). Social support and Social Structure. Sociological Forum, 2(1), 135–146. http://www.jstor.org/stable/684531

Ibrahim, I. A. (2023). Influences of Structural Empowerment and Demographic Factors on Nurses' Psychological Empowerment. Journal of Nursing Management, 2023. https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2023/8827968

Inekwe, J. N., & Lee, E. (2022). Perceived social support on postpartum mental health: An instrumental variable analysis. PLoS ONE, 17(5 May). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265941

Kamaryati, N. P., & Malathum, P. (2020). Family support: A concept analysis. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 24(3), 403–411. https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85090752466&partnerID=40&md5=546aaf0b27a839ec71ab28b5a5cbea99

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://www.badan.kemkes.go.id/id/ski-2023

Kershaw, T., Murphy, A., Lewis, J., Divney, A., Albritton, T., Magriples, U., & Gordon, D. (2014). Family and relationship influences on parenting behaviors of young parents. Journal of Adolescent Health, 54(2), 197–203. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.012

Koblinsky, M., Moyer, C. A., Calvert, C., Campbell, J., Campbell, O. M. R., Feigl, A. B., Graham, W. J., Hatt, L., Hodgins, S., Matthews, Z., McDougall, L., Moran, A. C., Nandakumar, A. K., & Langer, A. (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. The Lancet, 388(10057), 2307–2320. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2

Lazoğlu, M., & Ejder Apay, S. (2019). FAMILY-CENTERED CARE IN OBSTETRY. Journal of Midwifery and Health Sciences, 2(2), 71–75. https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85182475332&partnerID=40&md5=3173e18968b0af499dbd51c98a970add

Li, J., Zhu, Y., Huang, F., & Jin, Y. (2025). "The three of us are one": Perceptions and experiences of labor companionship based on labor, delivery, and recovery family birth in southern China. Midwifery, 149. https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104537

Low, L. K., & Barroso, R. (2013). Supporting a physiologic approach to labor and birth. In Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth: A Practical Guide (pp. 49–76). wiley. https://doi.org/10.1002/9781118783320.ch4

Mangiaterra, V., Bucagu, M., & Sabbatucci, F. (2023). Maternal Health. In Sustainable Development Goals Series: Part F2781 (pp. 59–65). Springer.

https://doi.org/10.1007/978-3-031-33851-9_9

Miri, K.-P., Yaira, H.-R., & Osnat, L. (2016). The perceived risk of pregnancy as a mediator of the association between prenatal maternal self-efficacy and postnatal subjective well-being. Psychiatry Research, 244, 62–64. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.030

Morales-Suárez-Varela, M., Clemente-Bosch, E., Peraita-Costa, I., Llopis-Morales, A., Martínez, I., & Llopis-González, A. (2021). Maternal physical activity during pregnancy and the effect on the mother and newborn: A systematic review. Journal of Physical Activity and Health, 18(1), 130–147. https://doi.org/10.1123/JPAH.2019-0348

Napso, T., Yong, H. E. J., Lopez-Tello, J., & Sferruzzi-Perri, A. N. (2018). The role of placental hormones in mediating maternal adaptations to support pregnancy and lactation. Frontiers in Physiology, 9(AUG). https://doi.org/10.3389/fphys.2018.01091

Nicolson, P. (2019). Postpartum adjustment: Psychological aspects. In Routledge International Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health (pp. 346–359). Taylor and Francis. https://doi.org/10.4324/9781351035620-24

Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., de Jonge, A., de Vries, R., & Lagro-Janssen, A. (2014). On speaking terms: A Delphi study on shared decision-making in maternity care. BMC Pregnancy and Childbirth, 14(1). https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-223

Nyasulu, D., & Engelbrecht, S. (2010). The community approach to prevention and management of postpartum haemorrhage (PPH). Obstetrics and Gynaecology Forum, 20(3), 98–100. https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77956642853&partnerID=40&md5=e114dda97d235c0070c8da045b4d895e

Opara, U. C., Iheanacho, P. N., & Petrucka, P. (2024). Cultural and religious structures influencing the use of maternal health services in Nigeria: a focused ethnographic research. Reproductive Health, 21(1). https://doi.org/10.1186/s12978-024-01933-8

Özdemir, S., & Küçük, F. (2025). The effect of spouse and nurse support on breastfeeding success in the early postpartum period. Journal of Neonatal Nursing, 31(4). https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101698

Parashar, A., Badalia, S., Sharma, D., & Dhadwal, D. S. (2018). Mothers from a Hilly region speak: Factors influencing maternal health in north India. Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology, 10(4), 371–374. https://doi.org/10.5005/jp-

journals-10006-1627

Puryear, L. J. (2014). Postpartum adjustment: What is normal and what is not. In Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan (pp. 109–122). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-05116-1_6

Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian Journal of Psychiatry, 57, 216–221. https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481

Reid, K. M., & Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. Social Science Research, 54, 246–262. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.009

Rouse, T. B., Dejoseph, J., & Ollendorff, A. T. (2019). Bringing depth and meaning to perinatal quality improvement by partnering with patients. Clinical Obstetrics and Gynecology, 62(3), 528–538. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000469

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2009). Social support: Mapping the construct. Journal of Social and Personal Relationships, 26(1), 113–120. https://doi.org/10.1177/0265407509105526

Schobinger, E., Vanetti, M., Ramelet, A.-S., & Horsch, A. (2022). Social support needs of first-time parents in the early-postpartum period: A qualitative study. Frontiers in Psychiatry, 13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1043990

Schury, K., Zimmermann, J., Umlauft, M., Hulbert, A. L., Guendel, H., Ziegenhain, U., & Kolassa, I.-T. (2017). Childhood maltreatment, postnatal distress and the protective role of social support. Child Abuse and Neglect, 67, 228–239. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.021

Schwab-Reese, L. M., Schafer, E. J., & Ashida, S. (2017). Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. Women and Health, 57(6), 723–740. https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1181140

Shakeri, M., Mahfoozpour, S., Alimohamadzadeh, K., Molaei, B., & Zanjani, N. C. (2021). The Concept of Social support from the Perspective of Pregnant Mothers: A Phenomenological Study. Journal of Qualitative Research in Health Science, 10(3), 204–212. https://doi.org/10.22062/JQR.2021.91712

Sharma, P., Bagga, R., Khan, M., Duggal, M., Hosapatna Basavarajappa, D., Ahuja, A., Kankaria, A., Diamond-Smith, N., Kumar, V., Kashyap, M., Singh, P., Kaur, J., & El Ayadi, A. M. (2025). Maternal health education and social support needs across the perinatal continuum of care: a thematic analysis of interviews with postpartum women in Punjab, India. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 681. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07813-8

Suparji, S., Nugroho, H. S. W., Rahayu, T. P., Hanifah, A. N., Sulikah, S., & Prayogi, A. S. (2024). The Importance of Optimal Nutritional Intake for The Health of Pregnant Women in Indonesia: Key Challenges and Strategic Solutions. National Journal of Community Medicine, 15(11), 993–997. https://doi.org/10.55489/njcm.151120244635

Tetikçok, C. O., & İnal, S. (2025). The effects of breastfeeding education provided to family members supporting mothers on breastfeeding parameters. African Journal of Reproductive Health, 29(5), 103–119. https://doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i5.9

Tizazu, M. A., Sharew, N. T., Mamo, T., Zeru, A. B., Asefa, E. Y., & Amare, N. S. (2021). Completing the continuum of maternity care and associated factors in debre berhan town, amhara, Ethiopia, 2020. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 14, 21–32. https://doi.org/10.2147/JMDH.S293323

Torres-Toukoumidis, A., Marín Gutiérrez, I., Hinojosa Becerra, M., & Morales-Intriago, J. C. (2026). The impact of family support on emotional health and postpartum recovery: Analysis of maternal perception. Multidisciplinary Science Journal, 8(11). https://doi.org/10.31893/multiscience.2026707

Uluğ, E., & Öztürk, S. (2020). The Effect of Partner Support on Self-Efficiency in Breastfeeding in the Early Postpartum Period. American Journal of Family Therapy, 48(2), 211–219. https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1697973

Verbiest, S., Tully, K., Simpson, M., & Stuebe, A. (2018). Elevating mothers' voices: recommendations for improved patient-centered postpartum. Journal of Behavioral Medicine, 41(5), 577–590. https://doi.org/10.1007/s10865-018-9961-4

Walsh, D., & Devane, D. (2012). A Metasynthesis of Midwife-Led Care. Qualitative Health Research, 22(7), 897–910. https://doi.org/10.1177/1049732312440330

WHO. (2023). Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF,

UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

Widelock, T., Denney, J., & Brost, B. (2023). Pregnancy and Parturition: The Physical and Physiological Changes and Their Pathologies. In Post-maternity Body Changes: Obstetric Fundamentals and Surgical Reshaping (pp. 25–47). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/9783030438401_3

Xie, R.-H., Yang, J., Liao, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2010). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 50(4), 340–345. https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01185.x

Yargawa, J., & Leonardi-Bee, J. (2015). Male involvement and maternal health outcomes: Systematic review and meta-analysis. Journal of Epidemiology and Community Health, 69(6), 604–612. https://doi.org/10.1136/jech-2014-204784

Yesilcinar, I., Yavan, T., Karasahin, K. E., & Yenen, M. C. (2017). The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels and maternal attachment during the postpartum period. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 30(10), 1213–1220. https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1209649

Zhu, Z., Wang, H., Zhu, T., Wang, Z., Shen, Y., Xiong, C., & Jiang, H. (2025). Mental health service utilization among pregnant and postpartum women: status, determinants, and insights from a mixed-methods study. BMC Public Health, 25(1). https://doi.org/10.1186/s12889-025-23132-1

ISSN 3063-4946

BAB V

Inovasi Digital Health dalam Pemantauan Kehamilan dan Edukasi Ibu Hamil

Arini Sri Wahyuni, S.ST., M. KM

A. Pendahuluan

Kesehatan ibu merupakan salah satu indikator penting yang mencerminkan keberhasilan pembangunan kesehatan suatu negara. Meskipun berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal, angka kematian ibu (AKI) dan angka kesakitan ibu masih menjadi tantangan yang perlu mendapat perhatian, terutama di negara berkembang, termasuk Indonesia. Data World Health Organization (WHO, 2024) menunjukkan bahwa sekitar 260.000 perempuan di dunia meninggal setiap tahun akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Sebagian besar kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah melalui penyediaan pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas, deteksi dini terhadap faktor risiko, serta akses yang memadai terhadap informasi dan layanan kesehatan.

Di Indonesia, upaya penurunan angka kematian ibu masih menjadi salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan nasional sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan target Sustainable Development Goals (SDGs), khususnya tujuan ketiga yang berfokus pada kehidupan yang sehat dan kesejahteraan bagi semua. Perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, komplikasi persalinan, serta penyakit penyerta yang tidak teridentifikasi sejak dini masih menjadi penyebab utama kematian ibu. Selain faktor medis, berbagai determinan sosial seperti rendahnya literasi kesehatan, keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, kondisi geografis, faktor ekonomi, serta rendahnya kepatuhan terhadap kunjungan antenatal turut meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama kehamilan.

Pelayanan antenatal care (ANC) merupakan salah satu strategi yang terbukti efektif dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan secara

teratur memungkinkan tenaga kesehatan melakukan deteksi dini terhadap komplikasi, memantau pertumbuhan dan perkembangan janin, memberikan edukasi kesehatan, serta mempersiapkan proses persalinan yang aman. Namun, pelaksanaan pelayanan ANC di berbagai wilayah masih menghadapi sejumlah kendala, antara lain keterbatasan tenaga kesehatan, distribusi fasilitas kesehatan yang belum merata, rendahnya kepatuhan ibu hamil dalam memenuhi standar kunjungan ANC, serta sistem pencatatan dan pelaporan kesehatan ibu yang belum sepenuhnya optimal.

Kemajuan teknologi informasi dan komunikasi dalam satu dekade terakhir telah membawa perubahan yang signifikan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Transformasi digital di berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan, mendorong berkembangnya konsep Digital Health, yaitu pemanfaatan teknologi digital untuk meningkatkan aksesibilitas, mutu, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan kesehatan. Berbagai inovasi seperti aplikasi kesehatan berbasis telepon pintar, telemedicine, wearable devices, Internet of Things (IoT), Artificial Intelligence (AI), Big Data Analytics, hingga Electronic Medical Record (EMR) kini semakin banyak diterapkan dalam pelayanan kesehatan maternal.

Penerapan teknologi digital dalam pemantauan kehamilan membuka peluang yang besar untuk meningkatkan kualitas pelayanan antenatal. Melalui aplikasi kesehatan berbasis mobile, ibu hamil dapat mengakses informasi kesehatan secara real-time, mencatat perkembangan kehamilan secara mandiri, memperoleh pengingat jadwal pemeriksaan, melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan tanpa harus datang langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan, serta memperoleh materi edukasi yang disesuaikan dengan usia kehamilan. Di sisi lain, tenaga kesehatan dapat memanfaatkan data tersebut untuk memantau kondisi ibu hamil secara lebih berkesinambungan, mengidentifikasi faktor risiko sejak dini, dan mendukung pengambilan keputusan klinis yang berbasis data.

Pandemi COVID-19 menjadi salah satu momentum yang mempercepat penerapan teknologi digital di bidang kesehatan. Pembatasan mobilitas masyarakat pada masa pandemi mendorong berkembangnya berbagai layanan kesehatan jarak jauh, termasuk konsultasi antenatal secara daring. Pengalaman tersebut menunjukkan bahwa Digital Health tidak hanya mampu menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan maternal pada situasi darurat, tetapi juga membuka peluang bagi pengembangan model pelayanan kesehatan yang lebih fleksibel, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Sebagai bentuk komitmen terhadap transformasi digital, pemerintah Indonesia telah mengembangkan berbagai kebijakan, termasuk Strategi Transformasi Sistem Kesehatan dan

implementasi platform SATUSEHAT yang bertujuan mengintegrasikan data kesehatan secara nasional. Melalui digitalisasi pelayanan kesehatan, diharapkan kualitas pelayanan primer semakin meningkat, sistem surveilans kesehatan ibu dan anak menjadi lebih kuat, proses pengambilan keputusan berbasis data dapat dilakukan secara lebih cepat, serta target pembangunan kesehatan nasional dapat tercapai secara lebih optimal.

Di balik berbagai peluang tersebut, implementasi Digital Health dalam pelayanan antenatal masih menghadapi sejumlah tantangan. Kesenjangan akses internet, rendahnya literasi digital masyarakat, keterbatasan infrastruktur teknologi, aspek keamanan dan kerahasiaan data kesehatan, interoperabilitas sistem informasi, serta kesiapan sumber daya manusia menjadi faktor-faktor yang perlu mendapat perhatian. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang komprehensif agar pemanfaatan teknologi digital mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu tanpa memperlebar kesenjangan akses pelayanan kesehatan.

Book chapter ini membahas berbagai inovasi Digital Health yang telah diterapkan dalam pemantauan kehamilan dan edukasi ibu hamil, mulai dari konsep dasar, perkembangan teknologi, implementasi pada pelayanan antenatal, manfaat, tantangan, hingga arah pengembangannya di masa mendatang. Pembahasan tersebut diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai peran teknologi digital dalam mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi secara berkelanjutan..

B. Digital Health

Transformasi digital telah membawa perubahan yang signifikan dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pemanfaatan teknologi digital yang dikenal sebagai Digital Health kini menjadi salah satu pendekatan strategis untuk meningkatkan akses, mutu, efisiensi, serta keberlanjutan pelayanan kesehatan. Dalam konteks kesehatan maternal, penerapan teknologi digital diharapkan mampu mendukung upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), yang hingga saat ini masih menjadi indikator utama keberhasilan pembangunan kesehatan.

Salah satu langkah penting dalam menurunkan AKI dan AKB adalah memastikan pemantauan kehamilan berlangsung secara optimal serta didukung oleh edukasi kesehatan yang berkesinambungan. Kemajuan teknologi informasi memungkinkan tenaga kesehatan melakukan pemantauan kondisi ibu hamil dari jarak jauh (remote monitoring), menyediakan layanan konsultasi melalui telemedicine, memanfaatkan rekam medis elektronik, hingga menggunakan kecerdasan buatan (Artificial Intelligence/AI) untuk membantu mengidentifikasi

risiko kehamilan sejak dini. Berbagai inovasi tersebut menjadikan Digital Health sebagai solusi yang relevan dalam memperluas cakupan pelayanan antenatal, meningkatkan kepatuhan kunjungan ANC, mempercepat deteksi komplikasi, serta memperluas akses informasi kesehatan bagi ibu hamil.

Menurut World Health Organization (WHO), Digital Health merupakan pemanfaatan teknologi digital untuk mendukung peningkatan kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan, dan sistem kesehatan secara menyeluruh. Konsep ini mencakup berbagai teknologi, seperti telemedicine, mobile health (mHealth), rekam medis elektronik, Artificial Intelligence (AI), Internet of Things (IoT), Big Data, serta berbagai sistem informasi kesehatan lainnya yang dirancang untuk meningkatkan kualitas pelayanan sekaligus memperluas akses masyarakat terhadap layanan kesehatan.

Sejalan dengan itu, U.S. Food and Drug Administration (FDA) mendefinisikan Digital Health sebagai pemanfaatan teknologi digital, komputasi, perangkat lunak, sensor, dan konektivitas untuk mendukung pelayanan kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Dengan demikian, Digital Health dapat dipahami sebagai perkembangan dari konsep e-health yang tidak hanya berfokus pada digitalisasi layanan, tetapi juga mengintegrasikan teknologi cerdas dan mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam mengelola kesehatannya.

Dalam pelayanan kesehatan ibu, pemanfaatan Digital Health tidak terbatas pada pencatatan data kesehatan secara elektronik. Teknologi digital juga berperan sebagai media edukasi, sarana pemantauan kondisi ibu dan janin, fasilitas konsultasi jarak jauh, hingga pendukung pengambilan keputusan klinis oleh tenaga kesehatan. Kehadiran teknologi tersebut menjadikan pelayanan kesehatan lebih responsif, efisien, serta berorientasi pada kebutuhan pasien.

Perkembangan Revolusi Industri 4.0 dan era Society 5.0 semakin mempercepat adopsi teknologi digital di sektor kesehatan. Berbagai inovasi seperti aplikasi kesehatan berbasis mobile, Artificial Intelligence (AI), Internet of Things (IoT), wearable devices, dan telemedicine telah banyak dimanfaatkan untuk mendukung pemantauan kehamilan sekaligus meningkatkan kualitas edukasi bagi ibu hamil. Integrasi teknologi tersebut membuka peluang terciptanya pelayanan kesehatan maternal yang lebih adaptif, personal, dan berbasis data.

Secara umum, komponen utama dalam Digital Health yang banyak diterapkan pada pelayanan kesehatan ibu meliputi sebagai berikut.

1. *Mobile Health* (mHealth)

mHealth merupakan praktik pelayanan kesehatan yang memanfaatkan perangkat bergerak, seperti smartphone, tablet, dan perangkat komunikasi nirkabel lainnya. Pemanfaatannya meliputi aplikasi kesehatan, layanan pesan singkat (SMS), pengingat jadwal pemeriksaan, pemantauan kesehatan jarak jauh, hingga konsultasi daring. Dalam pelayanan kesehatan ibu, mHealth terbukti membantu meningkatkan kepatuhan kunjungan ANC, memperluas akses edukasi kesehatan, serta memperkuat komunikasi antara ibu hamil dan tenaga kesehatan.

2. *Electronic Health* (*eHealth*)

eHealth merupakan pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk penggunaan *Electronic Health Records* (EHR), sistem informasi kesehatan, portal pasien, dan layanan kesehatan berbasis internet. Penerapan eHealth memungkinkan penyimpanan, pengelolaan, serta pertukaran data kesehatan secara digital sehingga pelayanan menjadi lebih efektif, efisien, dan terintegrasi.

3. Telehealth dan Telemedicine

Telehealth merupakan penyelenggaraan layanan kesehatan jarak jauh dengan memanfaatkan teknologi telekomunikasi, yang mencakup konsultasi medis, pemantauan pasien, edukasi kesehatan, hingga administrasi pelayanan. Sementara itu, telemedicine merupakan bagian dari telehealth yang secara khusus berfokus pada pelayanan klinis, seperti diagnosis dan tata laksana pasien secara daring. Di Indonesia, penyelenggaraan layanan ini telah memiliki dasar hukum melalui regulasi turunan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023.

4. Artificial Intelligence (AI)

Dalam bidang kesehatan, Artificial Intelligence (AI) memanfaatkan teknologi machine learning, deep learning, dan natural language processing untuk mengolah data kesehatan serta mendukung pengambilan keputusan klinis. Pada pelayanan kesehatan ibu, AI dimanfaatkan untuk mendeteksi risiko kehamilan, membantu interpretasi citra USG, memprediksi kemungkinan komplikasi persalinan, serta menyusun edukasi kesehatan yang lebih sesuai dengan kondisi masing-masing ibu hamil.

5. Internet of Things (IoT)

Dalam sektor kesehatan, Internet of Things dikenal sebagai Internet of Medical Things (IoMT), yaitu jaringan perangkat medis yang saling terhubung melalui internet untuk mengumpulkan, mengirimkan, dan menganalisis data kesehatan secara real-time. Pada pemantauan kehamilan, teknologi ini memungkinkan pemantauan tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, hingga detak jantung janin secara berkelanjutan tanpa harus selalu datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

6. Wearable Technology

Wearable technology merupakan perangkat elektronik yang dapat dikenakan pada tubuh untuk memantau berbagai parameter fisiologis secara terus-menerus. Dalam masa kehamilan, perangkat seperti smartwatch, gelang pintar, maupun sensor khusus dapat digunakan untuk memantau aktivitas fisik, kualitas tidur, denyut jantung, saturasi oksigen, bahkan kondisi janin. Informasi tersebut memberikan data yang bermanfaat bagi tenaga kesehatan dalam melakukan pemantauan kehamilan secara lebih komprehensif.

7. Big Data dalam Kesehatan

Big Data mengacu pada kumpulan data kesehatan yang berukuran sangat besar, beragam, dan terus berkembang, yang berasal dari berbagai sumber seperti rekam medis elektronik, perangkat wearable, media sosial, maupun sensor IoT. Analisis terhadap data tersebut memungkinkan identifikasi pola kesehatan masyarakat, prediksi risiko penyakit, serta penyusunan intervensi kesehatan yang lebih tepat sasaran dan berbasis bukti..

C. Inovasi Digital Health dalam Pemantauan Kehamilan

Pemantauan kehamilan (pregnancy monitoring) merupakan salah satu komponen utama dalam pelayanan kesehatan maternal karena berperan penting dalam mendeteksi faktor risiko dan komplikasi kehamilan sejak dini. Pemantauan yang dilakukan secara berkesinambungan memungkinkan tenaga kesehatan memberikan intervensi yang tepat waktu sehingga dapat menurunkan risiko morbiditas maupun mortalitas ibu dan bayi. Seiring berkembangnya teknologi informasi, berbagai inovasi Digital Health telah diimplementasikan untuk mendukung

proses pemantauan kehamilan yang lebih efektif, efisien, dan berpusat pada kebutuhan ibu hamil.

Salah satu inovasi yang berkembang pesat adalah aplikasi kehamilan berbasis perangkat bergerak (mobile pregnancy application). Aplikasi ini menyediakan berbagai fitur, seperti informasi perkembangan janin sesuai usia kehamilan, pengingat jadwal pemeriksaan antenatal (Antenatal Care/ANC), pengingat konsumsi tablet tambah darah, pencatatan kondisi kehamilan, hingga edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan. Kehadiran aplikasi tersebut mendorong ibu hamil untuk berpartisipasi lebih aktif dalam memantau kesehatannya sekaligus meningkatkan kepatuhan terhadap pelayanan ANC. Penelitian yang dipublikasikan dalam Journal of Biomedical and Health Informatics (2023) menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi SwasthGarbh mampu meningkatkan kepatuhan kunjungan ANC, memperbaiki kadar hemoglobin dan tekanan darah ibu hamil, serta menurunkan kejadian komplikasi obstetri.

Selain aplikasi berbasis mobile, telemedicine menjadi inovasi yang semakin banyak dimanfaatkan dalam pelayanan kesehatan ibu. Melalui layanan konsultasi daring menggunakan video conference, pesan instan, maupun platform kesehatan digital, ibu hamil dapat berkonsultasi dengan dokter atau bidan tanpa harus datang langsung ke fasilitas kesehatan. Model pelayanan ini sangat membantu, terutama bagi ibu hamil yang tinggal di wilayah terpencil atau memiliki keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa telemedicine mampu meningkatkan kontinuitas pelayanan antenatal, mempercepat penanganan keluhan selama kehamilan, serta mengurangi keterlambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan maternal (Sharma et al., 2023).

Inovasi lain yang semakin berkembang adalah pemantauan kehamilan jarak jauh (remote maternal monitoring). Teknologi ini memungkinkan tenaga kesehatan memantau kondisi ibu hamil secara berkelanjutan tanpa harus melakukan kunjungan tatap muka. Berbagai perangkat digital, seperti tensimeter elektronik, glukometer digital, timbangan pintar, maupun alat pemantau saturasi oksigen dapat diintegrasikan dengan aplikasi kesehatan sehingga hasil pemeriksaan dikirim secara otomatis kepada tenaga kesehatan. Dengan sistem tersebut, perubahan kondisi kesehatan ibu dapat dipantau secara real-time, sehingga intervensi dapat segera dilakukan apabila terdeteksi adanya tanda bahaya atau komplikasi. Pendekatan ini terbukti memberikan manfaat yang signifikan, terutama pada ibu hamil dengan risiko tinggi seperti preeklampsia, hipertensi gestasional, dan diabetes gestasional (Rahman et al., 2024).

Perkembangan teknologi wearable turut memberikan kontribusi dalam meningkatkan kualitas pemantauan kehamilan. Perangkat seperti smartwatch, gelang pintar, maupun sensor

yang dikenakan pada tubuh mampu memantau berbagai parameter fisiologis, antara lain aktivitas fisik, kualitas tidur, denyut jantung, tekanan darah, saturasi oksigen, hingga pola aktivitas harian ibu hamil. Data yang diperoleh dapat digunakan sebagai dasar dalam memberikan edukasi kesehatan maupun menentukan intervensi yang lebih sesuai dengan kondisi masing-masing individu. Pemanfaatan wearable technology juga mendukung pemantauan kesehatan secara berkelanjutan tanpa mengganggu aktivitas sehari-hari ibu hamil.

Perkembangan Artificial Intelligence (AI) menjadi salah satu inovasi yang paling menjanjikan dalam pelayanan kesehatan maternal. AI mampu mengolah data kesehatan dalam jumlah besar menggunakan algoritma machine learning dan deep learning untuk mengenali pola yang sulit diidentifikasi melalui analisis konvensional. Dalam praktiknya, AI telah dimanfaatkan untuk memprediksi risiko preeklampsia, diabetes gestasional, hambatan pertumbuhan janin, hingga kemungkinan persalinan prematur. Selain mendukung deteksi dini komplikasi, AI juga membantu tenaga kesehatan dalam pengambilan keputusan klinis yang lebih cepat dan berbasis bukti. Menurut Lee et al. (2024), pemanfaatan AI pada pemantauan kehamilan berpotensi meningkatkan akurasi identifikasi kehamilan berisiko tinggi sekaligus mendukung pemberian pelayanan yang lebih personal.

Ke depan, berbagai inovasi Digital Health diperkirakan akan semakin terintegrasi melalui pemanfaatan Internet of Things (IoT), komputasi awan (cloud computing), Big Data Analytics, dan kecerdasan buatan. Integrasi teknologi tersebut memungkinkan terciptanya sistem pemantauan kehamilan yang bersifat prediktif, adaptif, dan berkelanjutan. Melalui sistem yang saling terhubung, tenaga kesehatan dapat memantau kondisi ibu hamil secara lebih komprehensif, sementara ibu memperoleh akses yang lebih mudah terhadap informasi, edukasi, dan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, inovasi Digital Health tidak hanya meningkatkan kualitas pelayanan antenatal, tetapi juga berkontribusi dalam mendukung upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi secara berkelanjutan.

D. Inovasi Digital Health dalam Edukasi Ibu Hamil

Selain dimanfaatkan dalam pemantauan kehamilan, Digital Health juga berperan penting dalam meningkatkan kualitas edukasi kesehatan bagi ibu hamil. Edukasi merupakan salah satu bentuk upaya promotif yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap positif, serta mendorong perilaku kesehatan yang mendukung kehamilan yang sehat. Kemajuan teknologi digital memungkinkan penyampaian informasi kesehatan dilakukan secara lebih mudah, cepat, interaktif, dan dapat diakses kapan saja sesuai kebutuhan ibu hamil.

Salah satu bentuk inovasi yang banyak dimanfaatkan adalah aplikasi kesehatan berbasis perangkat bergerak (mobile health atau mHealth). Aplikasi ini menyediakan berbagai informasi mengenai perkembangan kehamilan, kebutuhan nutrisi, aktivitas fisik yang aman, tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, perawatan bayi baru lahir, hingga pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Selain menyajikan materi edukasi, sebagian besar aplikasi juga dilengkapi dengan fitur pengingat jadwal pemeriksaan ANC, konsumsi suplemen, serta pencatatan kondisi kehamilan. Kehadiran aplikasi tersebut mendorong ibu hamil untuk belajar secara mandiri (self-learning) sekaligus meningkatkan keterlibatan mereka dalam menjaga kesehatan selama masa kehamilan.

Konsep mobile learning (m-learning) semakin memperkuat pemanfaatan perangkat digital sebagai media edukasi kesehatan. Melalui smartphone atau tablet, materi pembelajaran dapat diakses kapan saja dan di mana saja dalam berbagai format, seperti teks, gambar, infografis, video, audio, maupun kuis interaktif yang disesuaikan dengan usia kehamilan. Fleksibilitas tersebut memungkinkan informasi kesehatan diberikan pada waktu yang paling dibutuhkan (just-in-time learning), sehingga lebih mudah dipahami dan diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Tingginya kepemilikan smartphone di Indonesia juga menjadi peluang besar dalam memperluas jangkauan edukasi kesehatan kepada ibu hamil.

Media video digital merupakan salah satu bentuk edukasi yang semakin banyak digunakan karena mampu menyampaikan informasi secara visual dan lebih menarik dibandingkan media berbasis teks. Video edukasi dapat dimanfaatkan untuk menjelaskan teknik senam hamil, latihan pernapasan, persiapan persalinan, tanda bahaya kehamilan, perawatan bayi baru lahir, hingga teknik menyusui yang benar. Selain mudah dipahami, penyampaian materi melalui kombinasi gambar, suara, dan demonstrasi praktik membantu meningkatkan pemahaman serta retensi informasi pada ibu hamil. Saat ini, platform digital seperti YouTube, Instagram Reels, dan TikTok juga banyak dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan maupun institusi kesehatan sebagai media penyebaran edukasi yang lebih luas. Agar informasi yang diterima tetap akurat, materi edukasi sebaiknya berasal dari sumber yang kredibel dan berbasis bukti ilmiah (WHO, 2021).

Perkembangan Artificial Intelligence (AI) turut mendorong lahirnya inovasi berupa chatbot kesehatan, yaitu sistem komunikasi otomatis yang mampu memberikan respons secara cepat berdasarkan basis data dan algoritma kecerdasan buatan. Dalam pelayanan kesehatan ibu, chatbot dapat dimanfaatkan untuk menjawab pertanyaan umum mengenai kehamilan, memberikan edukasi yang disesuaikan dengan usia kehamilan, mengingatkan jadwal

pemeriksaan ANC, serta mengingatkan konsumsi tablet tambah darah maupun suplemen lainnya. Keunggulan chatbot terletak pada kemampuannya memberikan akses informasi selama 24 jam sehingga ibu hamil dapat memperoleh jawaban awal tanpa harus menunggu konsultasi langsung dengan tenaga kesehatan. Penelitian kuasi-eksperimental yang dilakukan oleh Yuliani (2025) menunjukkan bahwa penggunaan chatbot berbasis WhatsApp mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil secara bermakna, sehingga berpotensi menjadi media edukasi yang efektif dalam pelayanan kesehatan maternal.

Selain aplikasi dan chatbot, media sosial kini menjadi salah satu saluran komunikasi kesehatan yang memiliki jangkauan sangat luas. Berbagai platform seperti Instagram, Facebook, TikTok, dan YouTube dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan, institusi pelayanan kesehatan, maupun komunitas ibu hamil untuk menyebarluaskan informasi, berbagi pengalaman, serta memberikan dukungan sosial selama masa kehamilan. Kehadiran media sosial memungkinkan penyampaian pesan kesehatan berlangsung lebih cepat dan interaktif sehingga dapat meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam memperoleh informasi kesehatan.

Namun demikian, tingginya penggunaan media sosial juga diikuti oleh meningkatnya risiko penyebaran informasi yang tidak valid (misinformation) maupun informasi yang menyesatkan (disinformation). Informasi yang tidak berbasis bukti berpotensi memengaruhi pengambilan keputusan ibu hamil dan berdampak pada perilaku kesehatan yang kurang tepat. Oleh karena itu, peningkatan literasi digital kesehatan (digital health literacy) menjadi aspek yang sangat penting agar ibu hamil mampu menilai kredibilitas sumber informasi, membedakan fakta dan opini, serta memilih informasi kesehatan yang sesuai dengan rekomendasi tenaga kesehatan maupun organisasi kesehatan yang berwenang (WHO, 2021; UNICEF, 2023).

Secara keseluruhan, berbagai inovasi Digital Health telah memperluas akses ibu hamil terhadap informasi dan edukasi kesehatan. Pemanfaatan aplikasi mobile, m-learning, video edukasi, chatbot berbasis AI, hingga media sosial menunjukkan bahwa teknologi digital tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi, tetapi juga menjadi media pemberdayaan yang mendorong ibu hamil berperan aktif dalam menjaga kesehatannya. Apabila didukung oleh literasi digital yang baik serta pendampingan tenaga kesehatan, inovasi tersebut berpotensi meningkatkan kualitas pelayanan antenatal sekaligus mendukung pencapaian target penurunan angka kematian ibu dan bayi..

E. Tantangan Kesehatan Ibu

Meskipun berbagai inovasi dalam pelayanan kesehatan maternal terus berkembang, upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) masih menghadapi berbagai tantangan, baik di tingkat global maupun nasional. Tingginya angka kematian ibu menunjukkan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas belum sepenuhnya merata. Kondisi ini mengindikasikan perlunya penguatan sistem pelayanan kesehatan yang tidak hanya berfokus pada aspek kuratif, tetapi juga pada deteksi dini, pencegahan, serta pemantauan kehamilan secara berkelanjutan.

Hingga saat ini, komplikasi obstetri seperti perdarahan postpartum, hipertensi dalam kehamilan, sepsis, emboli, dan persalinan macet masih menjadi penyebab utama kematian ibu. Di sisi lain, meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular, seperti hipertensi kronis, diabetes melitus, obesitas, penyakit kardiovaskular, serta gangguan kesehatan mental pada ibu hamil, turut meningkatkan kompleksitas pelayanan antenatal. Kondisi tersebut menuntut pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif, terintegrasi, dan mampu melakukan identifikasi risiko secara lebih dini agar komplikasi dapat dicegah sebelum berkembang menjadi kondisi yang lebih berat.

Tantangan lainnya adalah masih rendahnya kepatuhan sebagian ibu hamil dalam menjalani kunjungan antenatal sesuai standar yang direkomendasikan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan, kondisi sosial ekonomi, jarak menuju fasilitas kesehatan, dukungan keluarga, budaya, serta literasi kesehatan berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam memanfaatkan pelayanan ANC. Rendahnya kepatuhan tersebut berpotensi menyebabkan keterlambatan deteksi faktor risiko kehamilan dan mengurangi kesempatan tenaga kesehatan untuk memberikan intervensi secara optimal.

Kesenjangan pelayanan kesehatan antara wilayah perkotaan dan pedesaan juga masih menjadi persoalan yang perlu mendapat perhatian. Di berbagai daerah terpencil, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, minimnya fasilitas pemeriksaan laboratorium, ketersediaan alat ultrasonografi (USG), serta akses terhadap layanan spesialistik masih menjadi hambatan dalam penyelenggaraan pelayanan antenatal. Dampaknya, proses deteksi dini komplikasi, penatalaksanaan kasus berisiko tinggi, hingga sistem rujukan sering kali mengalami keterlambatan yang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin.

Selain aspek fisik, kesehatan mental ibu hamil kini semakin diakui sebagai bagian penting dalam pelayanan kesehatan maternal. Berbagai kondisi seperti kecemasan, depresi selama

kehamilan (antenatal depression), stres psikologis, hingga kekerasan dalam rumah tangga dapat memengaruhi kesehatan ibu sekaligus berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan janin. Namun demikian, skrining kesehatan mental pada pelayanan antenatal masih belum dilakukan secara optimal di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga banyak kasus yang belum teridentifikasi maupun tertangani secara memadai.

Dalam konteks transformasi digital, implementasi Digital Health juga menghadapi sejumlah tantangan yang perlu diperhatikan. Kesenjangan akses internet, keterbatasan infrastruktur teknologi, rendahnya literasi digital masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengoperasikan teknologi digital masih menjadi hambatan dalam pemanfaatan layanan kesehatan berbasis digital. Selain itu, aspek keamanan data, perlindungan privasi pasien, interoperabilitas sistem informasi kesehatan, dan tata kelola data kesehatan juga menjadi isu penting yang memerlukan penguatan regulasi serta dukungan kebijakan yang berkelanjutan (WHO, 2021).

Di sisi lain, pemanfaatan teknologi digital juga menghadirkan tantangan berupa meningkatnya penyebaran informasi kesehatan yang tidak akurat (misinformation) maupun informasi yang menyesatkan (disinformation) melalui media digital. Kondisi tersebut dapat memengaruhi pengambilan keputusan ibu hamil terkait kehamilan dan persalinan apabila informasi yang diperoleh tidak berasal dari sumber yang kredibel. Oleh karena itu, peningkatan literasi digital kesehatan (digital health literacy) menjadi salah satu strategi penting agar masyarakat mampu mengakses, memahami, mengevaluasi, serta memanfaatkan informasi kesehatan secara tepat dan bertanggung jawab (UNICEF, 2023).

Meskipun demikian, berbagai tantangan tersebut sekaligus menjadi peluang untuk memperkuat transformasi pelayanan kesehatan maternal melalui pemanfaatan Digital Health. Dukungan kebijakan pemerintah, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penguatan infrastruktur digital, serta kolaborasi antara pemerintah, akademisi, penyedia layanan kesehatan, dan pengembang teknologi menjadi faktor penting dalam mewujudkan sistem pelayanan maternal yang lebih adaptif, inklusif, dan berorientasi pada kebutuhan ibu hamil. Dengan pendekatan tersebut, teknologi digital diharapkan tidak hanya menjadi inovasi, tetapi juga menjadi solusi yang mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu secara berkelanjutan.

F. Urgensi Digitalisasi Pelayanan Antenatal

Perkembangan teknologi informasi telah mengubah berbagai aspek pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan antenatal. Di tengah meningkatnya kompleksitas permasalahan kesehatan ibu, digitalisasi pelayanan antenatal menjadi kebutuhan yang semakin mendesak. Tingginya angka kematian ibu, meningkatnya kehamilan berisiko, keterbatasan akses pelayanan di beberapa wilayah, serta tuntutan terhadap pelayanan yang lebih cepat, tepat, dan berkesinambungan menjadi alasan utama perlunya transformasi digital dalam pelayanan kesehatan maternal. Oleh karena itu, pemanfaatan teknologi digital tidak lagi dipandang sebagai pelengkap, melainkan sebagai bagian penting dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu.

Digitalisasi pelayanan antenatal memungkinkan proses pemantauan kehamilan dilakukan secara lebih efektif melalui integrasi data kesehatan, komunikasi yang lebih cepat antara ibu hamil dan tenaga kesehatan, serta pemanfaatan informasi kesehatan secara real-time. Pendekatan ini memberikan peluang bagi tenaga kesehatan untuk mendeteksi faktor risiko dan komplikasi kehamilan sejak dini, sehingga intervensi dapat dilakukan lebih cepat dan tepat. Selain itu, pelayanan yang didukung teknologi digital mampu meningkatkan kesinambungan pemantauan kehamilan, termasuk bagi ibu yang memiliki keterbatasan dalam mengakses fasilitas kesehatan.

Salah satu implementasi digitalisasi pelayanan antenatal adalah penggunaan aplikasi kesehatan berbasis mobile. Melalui aplikasi tersebut, ibu hamil dapat mencatat berbagai indikator kesehatannya, seperti berat badan, tekanan darah, kadar glukosa darah, gerakan janin, maupun keluhan yang dirasakan selama kehamilan. Informasi tersebut dapat dikirim secara otomatis kepada tenaga kesehatan untuk dipantau secara berkala. Fitur pengingat jadwal pemeriksaan antenatal, konsumsi tablet tambah darah, imunisasi, maupun edukasi kesehatan juga berperan dalam meningkatkan kepatuhan ibu terhadap pelayanan kehamilan sesuai standar yang direkomendasikan.

Selain mendukung proses pemantauan, digitalisasi juga memperkuat penyelenggaraan edukasi kesehatan bagi ibu hamil. Berbagai media digital, seperti video edukasi, infografis interaktif, kelas ibu hamil secara daring, hingga chatbot berbasis Artificial Intelligence (AI), memungkinkan penyampaian informasi dilakukan secara lebih menarik, mudah dipahami, dan sesuai dengan kebutuhan pengguna. Kemudahan akses terhadap informasi yang akurat diharapkan mampu meningkatkan literasi kesehatan sehingga ibu hamil lebih siap mengambil keputusan yang tepat terkait kehamilan, persalinan, maupun perawatan bayi setelah lahir.

Bagi tenaga kesehatan, digitalisasi memberikan berbagai keuntungan dalam mendukung pelayanan yang lebih efisien dan terintegrasi. Pemanfaatan sistem digital mampu menyederhanakan proses pencatatan, mempercepat analisis data kesehatan, mempermudah koordinasi rujukan, serta mendukung pengambilan keputusan klinis yang berbasis bukti. Integrasi dengan Rekam Medis Elektronik (RME) juga memungkinkan riwayat kesehatan ibu terdokumentasi secara lebih lengkap dan dapat diakses secara berkesinambungan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut mendukung kesinambungan pelayanan sekaligus meningkatkan kualitas koordinasi antar tenaga kesehatan.

Meskipun memiliki potensi yang besar, implementasi digitalisasi pelayanan antenatal masih memerlukan dukungan dari berbagai aspek. Penguatan regulasi, perlindungan data pribadi, pembangunan infrastruktur teknologi, interoperabilitas sistem informasi kesehatan, peningkatan kompetensi digital tenaga kesehatan, serta penguatan literasi digital masyarakat merupakan prasyarat penting agar transformasi digital dapat berjalan secara optimal. Tanpa kesiapan tersebut, penerapan Digital Health justru berpotensi menimbulkan kesenjangan baru dalam akses terhadap pelayanan kesehatan, terutama di wilayah dengan keterbatasan jaringan internet dan sumber daya.

Dengan demikian, digitalisasi pelayanan antenatal merupakan strategi yang sangat penting dalam menjawab berbagai tantangan pelayanan kesehatan maternal di era transformasi digital. Integrasi teknologi dalam pelayanan kesehatan tidak hanya meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan, tetapi juga memperkuat deteksi dini komplikasi, memperluas akses edukasi kesehatan, serta mendukung kesinambungan pelayanan bagi ibu hamil. Apabila didukung oleh kebijakan yang memadai, infrastruktur yang kuat, serta kolaborasi berbagai pemangku kepentingan, Digital Health berpotensi menjadi salah satu pilar utama dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta mewujudkan pelayanan kesehatan maternal yang lebih berkualitas, inklusif, dan berkelanjutan..

G. Implementasi Digital Health di Indonesia

Transformasi digital kesehatan telah menjadi salah satu prioritas dalam pembangunan sistem kesehatan nasional di Indonesia. Melalui Transformasi Sistem Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menempatkan digitalisasi sebagai salah satu pilar utama untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih terintegrasi, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Penerapan teknologi digital diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan, memperkuat sistem informasi kesehatan, mempercepat pengambilan keputusan

berbasis data, serta memperluas akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Salah satu implementasi nyata transformasi tersebut adalah pengembangan platform SATUSEHAT, yaitu ekosistem data kesehatan nasional yang mengintegrasikan informasi kesehatan dari berbagai fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) di seluruh Indonesia. Platform ini memungkinkan pertukaran data kesehatan secara aman dan terstandar sehingga riwayat pelayanan pasien dapat diakses secara berkesinambungan oleh tenaga kesehatan yang berwenang. Integrasi data melalui SATUSEHAT diharapkan mampu meningkatkan kesinambungan pelayanan, mengurangi duplikasi pemeriksaan, serta mendukung penyusunan kebijakan kesehatan yang berbasis bukti.

Dalam pelayanan kesehatan ibu, pengembangan SATUSEHAT turut mendukung digitalisasi pelayanan antenatal melalui penyediaan standar interoperabilitas data menggunakan Health Level Seven Fast Healthcare Interoperability Resources (HL7 FHIR). Standar ini memungkinkan pertukaran informasi mengenai kunjungan antenatal, hasil pemeriksaan, diagnosis, faktor risiko, maupun tindak lanjut pelayanan secara lebih cepat dan terintegrasi antar fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, riwayat kesehatan ibu hamil dapat diakses secara berkesinambungan sehingga mendukung proses pemantauan kehamilan dan meningkatkan kualitas koordinasi pelayanan, terutama ketika pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

Selain SATUSEHAT, implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) juga terus diperluas di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan sebagai bagian dari transformasi digital nasional. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan secara bertahap diwajibkan menerapkan RME yang terintegrasi dengan platform SATUSEHAT. Pemanfaatan RME memberikan berbagai manfaat, seperti meningkatkan akurasi pencatatan, mempercepat akses terhadap informasi klinis, mengurangi penggunaan dokumen berbasis kertas, serta mendukung pelayanan yang lebih efektif dan efisien.

Implementasi Digital Health di Indonesia juga terlihat dari semakin luasnya pemanfaatan layanan telemedicine. Berbagai rumah sakit, puskesmas, maupun platform layanan kesehatan digital telah menyediakan konsultasi kesehatan secara daring yang memungkinkan masyarakat memperoleh pelayanan tanpa harus datang langsung ke fasilitas kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan ibu, telemedicine dimanfaatkan untuk konsultasi kehamilan, pemantauan kondisi ibu dengan faktor risiko tertentu, pemberian edukasi kesehatan, hingga tindak lanjut setelah

pemeriksaan antenatal. Kehadiran layanan ini menjadi solusi yang bermanfaat, terutama bagi masyarakat yang tinggal di daerah dengan keterbatasan akses terhadap tenaga kesehatan maupun fasilitas pelayanan kesehatan.

Di bidang kesehatan ibu dan anak, pemerintah juga terus mengembangkan digitalisasi melalui berbagai sistem informasi, seperti e-Kohort Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan aplikasi pencatatan pelayanan maternal yang mendukung pemantauan ibu hamil secara lebih sistematis. Pemanfaatan sistem tersebut membantu tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan, pelaporan, pemantauan cakupan pelayanan antenatal, identifikasi kehamilan berisiko tinggi, serta evaluasi program kesehatan ibu dan anak secara lebih akurat. Data yang terkumpul juga menjadi dasar dalam perencanaan program serta pengambilan keputusan di tingkat daerah maupun nasional.

Meskipun implementasi Digital Health di Indonesia menunjukkan perkembangan yang cukup pesat, masih terdapat sejumlah tantangan yang perlu diatasi. Kesenjangan akses internet antarwilayah, keterbatasan infrastruktur teknologi, variasi kemampuan digital tenaga kesehatan, serta belum meratanya integrasi sistem informasi di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan menjadi beberapa faktor yang memengaruhi optimalisasi transformasi digital. Selain itu, perlindungan data pribadi, keamanan informasi kesehatan, dan interoperabilitas antar sistem informasi masih menjadi isu strategis yang memerlukan perhatian berkelanjutan.

Secara keseluruhan, implementasi Digital Health di Indonesia menunjukkan komitmen yang kuat dalam mendukung modernisasi sistem pelayanan kesehatan. Melalui pengembangan SATUSEHAT, penerapan Rekam Medis Elektronik, pemanfaatan telemedicine, serta digitalisasi sistem informasi kesehatan ibu dan anak, Indonesia terus membangun ekosistem pelayanan kesehatan yang lebih terintegrasi, responsif, dan berbasis data. Apabila didukung oleh penguatan regulasi, infrastruktur digital, serta peningkatan kapasitas sumber daya manusia, transformasi digital diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal sekaligus mempercepat pencapaian target pembangunan kesehatan nasional.

H. Manfaat dan Tantangan Implementasi Digital Health

Penerapan Digital Health dalam pelayanan kesehatan ibu telah memberikan berbagai manfaat yang signifikan, baik bagi ibu hamil, tenaga kesehatan, maupun sistem kesehatan secara keseluruhan. Integrasi teknologi digital tidak hanya memperluas akses terhadap pelayanan kesehatan, tetapi juga mendukung terciptanya pelayanan yang lebih efektif, efisien, serta berorientasi pada kebutuhan pasien. Berbagai inovasi seperti aplikasi kesehatan, telemedicine,

rekam medis elektronik, Artificial Intelligence (AI), hingga sistem pemantauan jarak jauh telah mengubah cara pelayanan antenatal diberikan dan dikelola.

Bagi ibu hamil, Digital Health memberikan kemudahan dalam memperoleh informasi kesehatan, berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, serta memantau kondisi kehamilan secara mandiri. Akses terhadap layanan digital memungkinkan ibu memperoleh edukasi yang lebih cepat, meningkatkan kepatuhan terhadap kunjungan antenatal, serta membantu mengenali tanda bahaya kehamilan sejak dini. Selain itu, berbagai aplikasi kesehatan mendorong ibu hamil untuk lebih aktif dalam melakukan self-care, sehingga mampu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya sendiri. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pemanfaatan teknologi digital juga berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan, kepatuhan terhadap konsumsi suplemen, serta kualitas komunikasi antara ibu hamil dan tenaga kesehatan (WHO, 2021; Sharma et al., 2023).

Manfaat tersebut tidak hanya dirasakan oleh ibu, tetapi juga berdampak positif terhadap kesehatan janin. Pemantauan kehamilan secara berkelanjutan melalui teknologi digital memungkinkan identifikasi lebih dini terhadap gangguan pertumbuhan janin, hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, maupun kondisi lain yang berpotensi menimbulkan komplikasi. Deteksi dini memberikan kesempatan bagi tenaga kesehatan untuk melakukan intervensi secara lebih cepat sehingga risiko terjadinya komplikasi dapat diminimalkan. Selain itu, edukasi digital mengenai nutrisi, aktivitas fisik, persiapan persalinan, dan perawatan bayi turut mendukung pertumbuhan serta perkembangan janin yang optimal.

Bagi tenaga kesehatan, implementasi Digital Health meningkatkan efisiensi pelayanan melalui pemanfaatan Rekam Medis Elektronik (RME), sistem informasi kesehatan, serta dashboard pemantauan antenatal yang terintegrasi. Teknologi tersebut memudahkan akses terhadap riwayat kesehatan pasien, mempercepat proses dokumentasi, serta mendukung koordinasi pelayanan antar fasilitas kesehatan. Selain itu, pemanfaatan Clinical Decision Support System (CDSS) berbasis AI dapat membantu tenaga kesehatan mengidentifikasi kehamilan berisiko tinggi, mendukung pengambilan keputusan klinis, serta meningkatkan kualitas pelayanan yang berbasis bukti (evidence-based practice).

Pada tingkat sistem kesehatan, Digital Health berkontribusi dalam meningkatkan efisiensi pengelolaan pelayanan dan penguatan sistem informasi kesehatan nasional. Integrasi data melalui platform seperti SATUSEHAT memungkinkan pemantauan indikator kesehatan ibu secara lebih cepat dan akurat, sehingga mendukung proses perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi program kesehatan. Analisis data kesehatan dalam skala besar (Big Data Analytics) juga

memberikan peluang untuk mengidentifikasi pola penyakit, memprediksi kebutuhan pelayanan, dan menyusun kebijakan kesehatan yang lebih tepat sasaran.

Di balik berbagai manfaat tersebut, implementasi Digital Health juga menghadapi sejumlah tantangan yang perlu mendapat perhatian. Salah satu isu utama adalah perlindungan data pribadi dan kerahasiaan informasi kesehatan. Data kesehatan ibu hamil merupakan informasi yang bersifat sensitif sehingga harus dikelola sesuai dengan prinsip keamanan, kerahasiaan, dan etika profesi. Pengelolaan data yang kurang baik berpotensi menimbulkan pelanggaran privasi, penyalahgunaan informasi, hingga menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan digital. Oleh karena itu, penerapan Digital Health perlu didukung oleh regulasi yang kuat, termasuk Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi serta Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Tantangan berikutnya berkaitan dengan keamanan siber (cybersecurity). Meningkatnya penggunaan sistem informasi kesehatan yang terhubung dengan internet menjadikan fasilitas pelayanan kesehatan lebih rentan terhadap ancaman seperti malware, phishing, ransomware, maupun peretasan data. Serangan siber tidak hanya berpotensi mengganggu operasional pelayanan kesehatan, tetapi juga dapat mengancam kerahasiaan data pasien. Oleh sebab itu, setiap sistem Digital Health perlu dilengkapi dengan mekanisme keamanan yang memadai, seperti enkripsi data, autentikasi berlapis, pengendalian hak akses, audit keamanan secara berkala, serta sistem pemulihan data apabila terjadi insiden keamanan.

Pemanfaatan Artificial Intelligence (AI) dalam pelayanan kesehatan maternal juga menghadirkan berbagai tantangan etis. Meskipun AI mampu meningkatkan akurasi prediksi risiko kehamilan dan mendukung pengambilan keputusan klinis, penggunaan teknologi ini tetap memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Aspek transparansi algoritma, validitas data, potensi bias, serta kejelasan tanggung jawab hukum menjadi isu yang harus diperhatikan agar rekomendasi yang dihasilkan AI tetap aman, adil, dan dapat dipertanggungjawabkan. Beberapa kajian terbaru menekankan bahwa pengembangan AI di bidang kesehatan perlu disertai tata kelola yang jelas, evaluasi klinis yang berkelanjutan, serta kerangka regulasi yang mampu mengikuti perkembangan teknologi.

Selain aspek teknologi, tantangan lain yang tidak kalah penting adalah kesenjangan digital (digital divide). Tidak semua ibu hamil memiliki kesempatan yang sama dalam memanfaatkan layanan kesehatan digital. Perbedaan akses internet, kepemilikan perangkat digital, kondisi sosial ekonomi, tingkat pendidikan, serta kemampuan menggunakan teknologi masih menjadi hambatan di berbagai wilayah, khususnya daerah terpencil. Apabila tidak diantisipasi,

kesenjangan tersebut dapat memperlebar ketidakmerataan akses terhadap pelayanan kesehatan maternal. Oleh karena itu, peningkatan literasi digital masyarakat, pemerataan infrastruktur teknologi, serta penguatan kapasitas tenaga kesehatan menjadi langkah penting agar manfaat Digital Health dapat dirasakan secara lebih merata.

Secara keseluruhan, implementasi Digital Health memberikan peluang besar untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu melalui pelayanan yang lebih terintegrasi, responsif, dan berbasis data. Namun, keberhasilan penerapannya tidak hanya ditentukan oleh kecanggihan teknologi, melainkan juga oleh kesiapan regulasi, keamanan sistem, kompetensi sumber daya manusia, serta pemerataan akses teknologi di masyarakat. Dengan pendekatan yang komprehensif dan kolaborasi berbagai pemangku kepentingan, Digital Health berpotensi menjadi salah satu strategi utama dalam memperkuat pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas, aman, dan berkelanjutan.

I. Penutup

Transformasi digital telah membawa perubahan yang signifikan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal, khususnya pada pemantauan kehamilan dan edukasi ibu hamil. Pemanfaatan berbagai inovasi Digital Health telah memperluas akses terhadap pelayanan kesehatan, meningkatkan efektivitas pemantauan kondisi ibu dan janin, memperkuat komunikasi antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan, serta mendukung penyediaan informasi kesehatan yang lebih cepat, akurat, dan berkesinambungan. Kehadiran teknologi digital juga mendorong pelayanan antenatal menjadi lebih responsif, terintegrasi, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Di Indonesia, implementasi Digital Health terus menunjukkan perkembangan yang positif melalui berbagai kebijakan transformasi sistem kesehatan, pengembangan platform SATUSEHAT, penerapan Rekam Medis Elektronik (RME), serta perluasan layanan telemedicine dan sistem informasi kesehatan ibu dan anak. Berbagai inovasi tersebut menjadi fondasi penting dalam membangun ekosistem pelayanan kesehatan yang berbasis data, mendukung pengambilan keputusan klinis, serta meningkatkan koordinasi pelayanan antar fasilitas kesehatan. Meskipun demikian, keberhasilan transformasi digital masih memerlukan penguatan infrastruktur, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, pemerataan akses teknologi, serta tata kelola yang mampu menjamin keamanan dan kerahasiaan data kesehatan.

Ke depan, perkembangan teknologi seperti Artificial Intelligence (AI), Internet of Things (IoT), analitik Big Data, wearable technology, hingga layanan kesehatan yang semakin personal

(precision maternal care) diperkirakan akan semakin memperkuat kualitas pelayanan kesehatan ibu. Pemanfaatan teknologi tersebut diharapkan mampu meningkatkan akurasi deteksi dini komplikasi kehamilan, memperkuat sistem pemantauan secara berkelanjutan, serta mendukung penyusunan intervensi kesehatan yang lebih tepat sasaran. Namun, penerapan berbagai inovasi tersebut harus tetap mengedepankan prinsip etika, perlindungan data pribadi, keamanan sistem, serta kesetaraan akses agar manfaat transformasi digital dapat dirasakan secara adil oleh seluruh lapisan masyarakat.

Pada akhirnya, Digital Health bukan sekadar penerapan teknologi dalam pelayanan kesehatan, melainkan bagian dari transformasi sistem kesehatan yang berorientasi pada peningkatan kualitas hidup ibu dan anak. Sinergi antara pemerintah, tenaga kesehatan, institusi pendidikan, pengembang teknologi, dan masyarakat menjadi faktor kunci dalam mewujudkan pelayanan kesehatan maternal yang lebih berkualitas, inklusif, dan berkelanjutan. Dengan dukungan kebijakan yang adaptif, inovasi yang berbasis bukti, serta pemanfaatan teknologi yang bertanggung jawab, Digital Health diharapkan dapat memberikan kontribusi nyata dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta mendukung tercapainya target Sustainable Development Goals (SDGs) di bidang kesehatan..

Referensi

Ankeli, O. D., & Ogore, M. M. (2025). IyaCare: An Integrated AI-IoT-Blockchain Platform for Maternal Health in Resource-Constrained Settings. arXiv preprint, arXiv:2512.07333.

Azzopardi-Muscat, N., Sørensen, K., & Digital Health Research Group. (2023). Digital Health interventions for maternal and newborn care: A systematic review. Frontiers in Digital Health, *5*, 1–15.

Correia, V., Mascarenhas, T., & Mascarenhas, M. (2025). Smart Pregnancy: AI-Driven Approaches to Personalised Maternal and Foetal Health—A Scoping Review. Journal of Clinical Medicine, 14(19), 6974. https://doi.org/10.3390/jcm14196974

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Transformasi kesehatan Indonesia melalui platform SATUSEHAT. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Kemenkes RI.

Lee, S., Kim, J., & Park, H. (2024). Artificial intelligence applications in maternal health monitoring and pregnancy risk prediction. BMC Pregnancy and Childbirth, 24(1), 1–12.

Rahman, F., Putri, N., & Hidayat, T. (2024). Remote monitoring technologies for maternal healthcare in low-resource settings: Recent developments and challenges. International Journal of Medical Informatics, 182, 105284.

Sharma, R., Gupta, P., & Singh, A. (2023). Telemedicine and mobile health technologies in antenatal care: A review of recent evidence. Journal of Medical Internet Research, 25, e45678.

United Nations Children's Fund. (2023). Digital innovations for maternal and newborn health. UNICEF.

World Health Organization. (2021). Global strategy on Digital Health 2020–2025. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). Digital Adaptation Kit for Antenatal Care: Operational requirements for implementing WHO recommendations in digital systems. WHO. ISBN: 978 92 4 002030 6. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240020306

World Health Organization. (2019). Recommendations on digital interventions for health system strengthening. World Health Organization.

Yuliani, F. (2025). Pengembangan Chatbot eBumilFitri Berbasis WhatsApp untuk Mendukung ANC pada Ibu Hamil di TPMB Fitri. Diploma Thesis. Politeknik Kesehatan Tasikmalaya.

Wahyuni, T. D., Suryandari, P. I., Fitrianingsih, F., & Sarkawi, S. (2026). Sistem Informasi Kesehatan Elektronik (E-Health). Mustika Mars. ISBN: 978-xxx.

ISSN 3063-4946

BAB VI
Optimalisasi Kelas Ibu Hamil dalam Meningkatkan Kesiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

Dr. Melyana Nurul Widyawati, S.SiT., Bdn, M.Kes.

A. Konsep dan Tujuan Kelas Ibu Hamil

Pengertian dan Prinsip Dasar

Kelas Ibu Hamil merupakan kelompok belajar terstruktur bagi ibu hamil, idealnya disertai suami atau anggota keluarga yang berperan dalam pengambilan keputusan. Peserta belajar melalui diskusi, demonstrasi, simulasi, latihan, pengalaman antarpeserta, dan pemanfaatan Buku KIA. Pedoman pelayanan primer Kementerian Kesehatan menempatkan kelas sebagai bagian dari pelayanan kesehatan ibu dan menyebut pelaksanaan minimal empat kali selama kehamilan, dengan sekurang-kurangnya satu pertemuan didampingi suami atau keluarga.

Kelas harus dipahami sebagai pelengkap, bukan pengganti pemeriksaan antenatal. Pemeriksaan antenatal bertujuan menilai kondisi klinis ibu dan janin, mendeteksi risiko, memberikan intervensi pencegahan, dan menentukan tata laksana. Kelas berfungsi memperkuat literasi, keterampilan, dukungan sosial, dan kepatuhan terhadap rencana perawatan. Keduanya perlu saling terhubung: temuan klinis menjadi dasar konseling individual, sedangkan pertanyaan dan hambatan yang muncul di kelas ditindaklanjuti pada pelayanan.

Prinsip pelaksanaan yang baik meliputi pembelajaran berpusat pada peserta, komunikasi dua arah, penghormatan terhadap martabat dan pilihan ibu, materi berbasis bukti, bahasa yang mudah dipahami, inklusivitas, keterlibatan keluarga, keselamatan, serta kesinambungan tindak lanjut. Fasilitator perlu menghindari pendekatan yang menyalahkan ibu dan harus menjaga privasi serta kerahasiaan informasi kesehatan. Hambatan ekonomi, geografis, budaya,

disabilitas, literasi, pekerjaan, dan dukungan keluarga dipetakan sebagai faktor yang perlu diatasi bersama.

Suasana belajar juga perlu dibangun dengan hati-hati. Sebagian ibu datang dengan pengalaman persalinan yang menyenangkan, tetapi sebagian lainnya membawa ketakutan, kehilangan, atau pengalaman pelayanan yang kurang baik. Fasilitator tidak harus meminta peserta menceritakan pengalaman pribadi di depan kelompok. Yang lebih penting ialah menyediakan ruang untuk bertanya tanpa takut dinilai, menjelaskan pilihan secara jujur, dan mengarahkan persoalan sensitif ke konseling individual. Ketika peserta merasa aman, mereka lebih mudah mengungkapkan kebingungan yang selama ini disimpan, termasuk kekhawatiran tentang biaya, rasa takut dirujuk, penolakan keluarga, atau kesulitan mengakses transportasi. Informasi seperti inilah yang membuat kelas dapat menghasilkan rencana yang realistis.

Tujuan dan Hasil yang Diharapkan

Secara umum, Kelas Ibu Hamil bertujuan meningkatkan kemampuan ibu dan keluarga dalam menjaga kesehatan selama kehamilan, mempersiapkan persalinan yang aman, mengenali dan merespons tanda bahaya, menjalani masa nifas, serta memberikan perawatan yang tepat kepada bayi baru lahir. Pencapaian tujuan tersebut membutuhkan pembelajaran yang tidak hanya berorientasi pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada pembentukan keterampilan, kepercayaan diri, dukungan keluarga, dan kesiapan mengambil keputusan ketika terjadi kegawatdaruratan.

Secara khusus, penyelenggaraan Kelas Ibu Hamil bertujuan untuk:

1. Meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga mengenai perubahan selama kehamilan, kebutuhan gizi, pemeriksaan antenatal, kesehatan mental, dan penerapan perilaku hidup sehat;
2. Mengembangkan keterampilan dalam mengenali tanda bahaya pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan periode neonatal serta menentukan tindakan yang harus segera dilakukan;
3. Memfasilitasi penyusunan rencana persalinan dan kesiapsiagaan menghadapi komplikasi yang spesifik, tertulis, realistis, serta dipahami oleh ibu dan keluarganya;
4. Meningkatkan kepercayaan diri dan kesiapan psikologis ibu dalam menghadapi proses persalinan, termasuk kemampuan menyampaikan kebutuhan dan berkomunikasi secara efektif dengan tenaga kesehatan;

5. Memperkuat dukungan suami, keluarga, kader kesehatan, dan masyarakat dalam menjaga keselamatan ibu dan bayi; serta
6. Menghubungkan ibu dengan pelayanan antenatal, fasilitas persalinan, sumber pembiayaan, sarana transportasi, calon donor darah, dan sistem rujukan yang diperlukan.

Keberhasilan Kelas Ibu Hamil perlu dinilai secara bertingkat, mulai dari keluaran langsung hingga hasil jangka panjang. Keluaran langsung meliputi kehadiran dan partisipasi peserta, keterpaparan terhadap materi pembelajaran, serta tersusunnya rencana persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi. Hasil antara mencakup peningkatan pengetahuan, efikasi diri, dukungan keluarga, kepatuhan terhadap pemeriksaan kehamilan, serta ketepatan tindakan dalam mencari pertolongan. Adapun hasil jangka panjang meliputi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten di fasilitas pelayanan yang sesuai, pelaksanaan rujukan secara lebih cepat, penanganan komplikasi yang tepat waktu, dan terciptanya pengalaman persalinan yang positif.

Sejumlah penelitian di Indonesia menunjukkan adanya hubungan antara partisipasi dalam Kelas Ibu Hamil dan peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, cakupan kunjungan antenatal K4, pengetahuan dan sikap terhadap tanda bahaya, serta kesiapan menghadapi persalinan (Azhar et al., 2020; Anggraini et al., 2021; Sasnitiari et al., 2017; Wahyuningsih & Wintoro, 2019). Namun, karena sebagian besar penelitian tersebut menggunakan desain observasional, hasilnya perlu ditafsirkan secara hati-hati sebagai suatu hubungan atau asosiasi, bukan sebagai bukti bahwa partisipasi dalam kelas merupakan satu-satunya penyebab perubahan tersebut.

Temuan tersebut memberikan dua pelajaran penting. Pertama, kehadiran dalam Kelas Ibu Hamil merupakan komponen mendasar karena memberikan kesempatan kepada peserta untuk memperoleh informasi, berdiskusi, berbagi pengalaman, dan mempraktikkan keterampilan tertentu. Kedua, tingkat kehadiran belum cukup untuk menggambarkan kesiapan ibu secara menyeluruh. Seorang ibu mungkin telah mengikuti seluruh pertemuan, tetapi belum mengetahui nomor kontak ambulans, belum mendiskusikan pembiayaan persalinan dengan keluarga, belum menyiapkan transportasi, atau belum menentukan fasilitas persalinan yang sesuai dengan tingkat risikonya. Sebaliknya, ibu yang hanya mengikuti beberapa pertemuan dapat memiliki kesiapan yang lebih baik apabila memperoleh pendampingan individual yang berkualitas dan dukungan keluarga yang memadai.

Oleh karena itu, evaluasi Kelas Ibu Hamil sebaiknya tidak hanya didasarkan pada jumlah pertemuan atau tingkat kehadiran peserta. Penilaian perlu diarahkan pada bukti kesiapan yang lebih konkret, seperti keputusan persalinan yang telah disepakati, kemampuan ibu dan keluarga mengenali tanda bahaya, ketersediaan transportasi dan pembiayaan, penetapan calon donor darah, pengetahuan mengenai alur rujukan, serta penyelesaian hambatan yang berpotensi menunda pencarian pertolongan. Dengan pendekatan tersebut, keberhasilan Kelas Ibu Hamil dapat dinilai berdasarkan perubahan nyata dalam kesiapan ibu dan keluarga, bukan hanya berdasarkan keterlaksanaan kegiatan.

B. Kesiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

Kesiapan Persalinan sebagai Proses Pengambilan Keputusan

Kesiapan persalinan dan kesiapsiagaan menghadapi komplikasi merupakan proses perencanaan kelahiran yang disertai dengan antisipasi terhadap kemungkinan terjadinya kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Kesiapan tersebut tidak hanya berkaitan dengan tersedianya perlengkapan persalinan, tetapi juga mencakup serangkaian keputusan yang memungkinkan ibu memperoleh pertolongan secara cepat, tepat, dan aman.

Dalam konteks Indonesia, upaya tersebut dilaksanakan melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program ini mendorong ibu dan keluarga untuk menentukan penolong dan tempat persalinan, pendamping, sarana transportasi, sumber pembiayaan, serta calon donor darah. Rencana yang disusun harus dipahami dan disepakati oleh ibu bersama keluarganya, disesuaikan dengan hasil pemeriksaan kehamilan dan tingkat risiko ibu, serta dapat dilaksanakan sewaktu-waktu ketika persalinan dimulai atau muncul tanda komplikasi. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penerapan P4K berhubungan dengan peningkatan kesiapan menghadapi komplikasi. Komponen seperti pendamping, penolong persalinan, tempat persalinan, transportasi, pembiayaan, dan calon donor darah juga berkontribusi terhadap kesiapan persalinan yang aman.

Perencanaan persalinan tidak seharusnya berhenti pada penentuan tempat melahirkan. Rencana yang komprehensif perlu menjawab beberapa pertanyaan penting: siapa yang akan mengambil keputusan ketika terjadi keadaan darurat; siapa yang akan mendampingi ibu; kendaraan apa yang akan digunakan; siapa pengemudinya; berapa lama waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan; berapa biaya yang harus disiapkan; dokumen apa saja yang perlu dibawa; siapa yang akan menjaga anak atau anggota keluarga lain; siapa yang bersedia menjadi calon donor darah; nomor kontak siapa yang harus dihubungi; serta ke mana ibu harus dibawa apabila

fasilitas yang direncanakan tidak dapat memberikan pelayanan atau memerlukan rujukan lanjutan.

Rencana tersebut juga perlu mempertimbangkan kondisi lingkungan dan karakteristik wilayah tempat tinggal ibu. Faktor seperti cuaca, kondisi jalan, jarak menuju fasilitas kesehatan, keterbatasan transportasi pada malam hari, wilayah kepulauan atau daerah sulit dijangkau, jadwal operasional kendaraan, serta kebutuhan khusus ibu dapat memengaruhi kecepatan memperoleh pertolongan. Oleh karena itu, keluarga sebaiknya tidak hanya memiliki rencana utama, tetapi juga menyiapkan alternatif apabila rencana awal tidak dapat dilaksanakan.

Pembahasan mengenai kesiapan persalinan akan lebih efektif apabila dilakukan melalui situasi yang konkret. Fasilitator, misalnya, dapat mengajak ibu dan keluarga membayangkan kondisi ketika kontraksi kuat atau perdarahan terjadi pada pukul dua dini hari, sementara kendaraan yang telah direncanakan sedang tidak tersedia. Melalui skenario tersebut, fasilitator dapat menilai apakah keluarga memiliki pengemudi dan kendaraan cadangan, mengetahui rute tercepat menuju fasilitas kesehatan, menyimpan dokumen serta perlengkapan pada tempat yang mudah dijangkau, dan memiliki nomor petugas kesehatan atau layanan kegawatdaruratan yang dapat segera dihubungi.

Pendekatan berbasis skenario lebih bermakna dibandingkan pertanyaan umum seperti "Apakah keluarga sudah siap?". Jawaban "sudah" perlu dikonfirmasi melalui pertanyaan lanjutan yang spesifik dan dapat dibuktikan. Apabila masih terdapat komponen yang belum pasti, ibu dan keluarga perlu didampingi untuk melengkapinya sebelum pertemuan berikutnya. Rencana persalinan juga harus ditinjau secara berkala karena usia kehamilan, kondisi klinis ibu dan janin, situasi keluarga, maupun ketersediaan layanan dapat mengalami perubahan.

Selain kesiapan fisik, administratif, dan logistik, kesiapan psikologis merupakan komponen penting dalam menghadapi persalinan. Ibu yang memiliki pemahaman memadai mengenai proses persalinan cenderung lebih mampu mengelola kecemasan, menyampaikan kebutuhannya, dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan bersama tenaga kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa kelas edukasi antenatal berbasis keterampilan yang mencakup persiapan persalinan, latihan pernapasan, teknik relaksasi, dan pengelolaan nyeri dapat meningkatkan efikasi diri ibu dalam menghadapi persalinan.

Untuk membangun kesiapan psikologis tersebut, ibu perlu memperoleh penjelasan yang realistis mengenai proses persalinan normal, pilihan pendampingan, teknik pernapasan dan relaksasi, metode pengelolaan nyeri yang tersedia, serta cara berkomunikasi dengan tenaga

kesehatan. Ibu juga perlu memahami proses pemberian persetujuan terhadap tindakan medis, kemungkinan dilakukannya rujukan, dan intervensi yang mungkin diperlukan apabila ditemukan indikasi medis. Informasi tersebut perlu disampaikan secara jelas dan tidak menakutkan sehingga ibu dapat menghadapi persalinan dengan lebih percaya diri, tetapi tetap memiliki kewaspadaan terhadap kemungkinan komplikasi.

Dengan demikian, kesiapan persalinan harus dipahami sebagai proses pengambilan keputusan yang terus diperbarui, bukan sekadar daftar perlengkapan atau pilihan tempat melahirkan. Kesiapan yang baik tercermin dari adanya rencana yang spesifik, dipahami oleh seluruh pihak yang terlibat, sesuai dengan kondisi klinis ibu, memiliki alternatif, dan dapat segera dijalankan ketika persalinan dimulai atau keadaan darurat terjadi.

Komponen Rencana Persalinan dan Kesiapsiagaan Komplikasi

Penyusunan rencana persalinan dimulai dengan menentukan fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga penolong yang sesuai dengan kondisi ibu. Pemilihan tersebut tidak seharusnya hanya didasarkan pada jarak, kemudahan akses, atau kebiasaan keluarga. Hasil pemeriksaan antenatal dan tingkat risiko kehamilan perlu menjadi pertimbangan utama, terutama apabila ditemukan kondisi yang mengharuskan persalinan berlangsung di fasilitas dengan sumber daya dan kemampuan penanganan yang lebih lengkap.

Selain menentukan fasilitas utama, keluarga perlu mengetahui fasilitas alternatif dan rumah sakit rujukan apabila terjadi komplikasi atau fasilitas pertama tidak dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Informasi mengenai nama dan alamat fasilitas, nomor kontak, perkiraan waktu tempuh, rute perjalanan, serta jalur penerimaan pasien perlu dicantumkan secara tertulis dalam lembar rencana persalinan. Lembar tersebut sebaiknya disimpan bersama Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) agar mudah dibawa ketika ibu membutuhkan pelayanan.

Komponen berikutnya adalah penentuan waktu keberangkatan dan kesiapan transportasi. Ibu dan keluarga perlu memahami perbedaan antara tanda awal persalinan dan tanda bahaya yang membutuhkan pertolongan segera. Pengetahuan tersebut harus dihubungkan dengan rencana transportasi yang konkret, bukan kendaraan yang baru akan dicari ketika persalinan dimulai atau keadaan darurat terjadi. Keluarga idealnya menyiapkan kendaraan utama dan kendaraan cadangan, pengemudi yang dapat dihubungi setiap saat termasuk pada malam hari, rute alternatif, serta perkiraan waktu perjalanan menuju fasilitas kesehatan. Nomor telepon

pengemudi sebaiknya disimpan pada lebih dari satu perangkat dan dicatat dalam daftar kontak darurat.

Kondisi geografis dan lingkungan juga perlu diperhitungkan dalam penyusunan rencana transportasi. Pada wilayah yang sering mengalami banjir, kerusakan jalan, kemacetan, gelombang tinggi, atau gangguan cuaca, keluarga dan tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan keberangkatan yang lebih awal. Apabila diperlukan, ibu dengan risiko tinggi dapat direncanakan berada lebih dekat dengan fasilitas rujukan menjelang perkiraan persalinan. Dengan demikian, kesiapan transportasi tidak hanya berarti tersedianya kendaraan, tetapi juga mencakup kepastian pengemudi, rute, waktu tempuh, dan alternatif ketika terjadi hambatan perjalanan.

Pemilihan pendamping persalinan dan penetapan pengambil keputusan perlu dibicarakan secara terbuka sejak masa kehamilan. Pendamping dipilih sesuai keinginan ibu dan diharapkan mampu memberikan dukungan emosional, membantu komunikasi dengan tenaga kesehatan, serta memenuhi kebutuhan praktis selama perjalanan dan proses pelayanan. Pendamping juga perlu memahami rencana persalinan, kondisi ibu, dokumen yang harus dibawa, dan pihak yang harus dihubungi ketika terjadi perubahan situasi.

Keluarga perlu menentukan seseorang yang dapat membantu mengambil keputusan dengan cepat apabila terjadi perubahan rencana, kebutuhan rujukan, atau tindakan kegawatdaruratan. Penunjukan satu orang utama dan satu orang pengganti dapat mengurangi keterlambatan akibat anggota keluarga saling menunggu atau belum mencapai kesepakatan. Meskipun demikian, pembagian peran tersebut tidak mengurangi hak ibu untuk memperoleh informasi yang memadai, menyampaikan kebutuhan dan pilihannya, serta memberikan persetujuan terhadap tindakan medis sesuai dengan kondisi dan ketentuan pelayanan.

Aspek pembiayaan dan administrasi juga perlu dipersiapkan secara sistematis karena kekurangsiapan pada bagian ini dapat menimbulkan keterlambatan. Status kepesertaan dan keaktifan jaminan kesehatan perlu diperiksa sebelum persalinan. Kartu identitas, kartu kepesertaan jaminan kesehatan, Buku KIA, hasil pemeriksaan, surat rujukan apabila diperlukan, dan dokumen pendukung lainnya sebaiknya ditempatkan dalam satu map yang mudah ditemukan dan dibawa. Keluarga juga perlu menyepakati sumber dana untuk transportasi, kebutuhan selama perjalanan, dan pengeluaran lain yang mungkin tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan.

Persiapan kebutuhan rumah tangga tidak boleh diabaikan. Keluarga perlu menentukan orang yang akan menjaga anak atau anggota keluarga lain, mengatur izin kerja pendamping, serta menyiapkan pakaian dan kebutuhan dasar ibu maupun bayi. Penyelesaian kebutuhan tersebut sebelum persalinan membantu keluarga memusatkan perhatian pada keselamatan ibu dan bayi ketika persalinan dimulai atau komplikasi terjadi.

Kesiapsiagaan komplikasi selanjutnya dilengkapi dengan informasi mengenai calon donor darah dan mekanisme komunikasi darurat. Penetapan calon donor tidak berarti darah dapat langsung digunakan tanpa melalui prosedur. Pemeriksaan kesesuaian, penyaringan, penyimpanan, dan pemberian darah tetap harus mengikuti ketentuan fasilitas pelayanan kesehatan dan unit penyedia darah. Namun, keluarga tetap perlu mengetahui golongan darah ibu apabila sudah diperiksa, lokasi fasilitas yang memiliki akses terhadap pelayanan darah, serta orang yang dapat dihubungi untuk membantu koordinasi ketika kebutuhan transfusi muncul.

Daftar kontak darurat perlu mencantumkan nomor bidan atau tenaga kesehatan, puskesmas, ambulans, fasilitas persalinan, rumah sakit rujukan, pengemudi, calon pendamping, dan anggota keluarga inti. Daftar tersebut sebaiknya disimpan secara tertulis bersama Buku KIA dan dokumen persalinan, serta disimpan secara digital pada beberapa telepon anggota keluarga. Nomor-nomor tersebut perlu diperiksa secara berkala untuk memastikan bahwa kontak masih aktif dan dapat dihubungi.

Dengan demikian, rencana persalinan dapat dinilai siap apabila seluruh komponennya telah ditentukan secara spesifik, diketahui oleh ibu dan keluarga, serta dapat dilaksanakan pada saat dibutuhkan. Kesiapan tidak cukup dibuktikan dengan tersedianya daftar tertulis. Ibu dan keluarga juga harus mampu menjelaskan kembali fasilitas yang akan dituju, waktu keberangkatan, sarana transportasi, pembagian peran, dokumen dan pembiayaan, serta langkah yang dilakukan ketika muncul tanda bahaya atau diperlukan rujukan

Pengenalan Tanda Bahaya dan Respons yang Tepat

Pencegahan komplikasi tidak selalu berarti mencegah gangguan kesehatan terjadi, tetapi juga mengurangi dampak buruk melalui deteksi dini dan pertolongan segera. Oleh karena itu, materi tanda bahaya perlu disampaikan dengan bahasa sederhana, gambar, contoh kasus, dan latihan pengambilan keputusan. Ibu dan keluarga harus memahami bahwa satu tanda bahaya saja sudah cukup untuk segera menghubungi tenaga kesehatan atau menuju fasilitas pelayanan kesehatan, tanpa menunggu jadwal pemeriksaan atau mencoba pengobatan sendiri.

Tanda bahaya selama kehamilan meliputi perdarahan dari jalan lahir, sakit kepala hebat atau menetap, pandangan kabur, kejang, pembengkakan mendadak pada wajah atau tangan, nyeri perut hebat, demam tinggi, muntah terus-menerus, sesak napas, keluarnya air ketuban sebelum waktunya, serta gerakan janin yang berkurang atau tidak dirasakan. Pada persalinan, perdarahan, kejang, sesak napas, nyeri yang tidak biasa, air ketuban berwarna atau berbau tidak normal, bagian bayi atau tali pusat tampak dari jalan lahir, dan persalinan tidak maju memerlukan pertolongan segera. Pada masa nifas, tanda bahaya antara lain perdarahan banyak, demam, sakit kepala hebat, kejang, sesak napas, nyeri dada, nyeri atau bengkak pada tungkai, nyeri perut berat, cairan berbau tidak normal, penurunan kesadaran, serta pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bayi. Daftar praktis perlu mengacu pada Buku KIA dan penjelasan tenaga kesehatan.

Ketika tanda bahaya muncul, ibu perlu menghentikan aktivitas, meminta bantuan, menghubungi tenaga kesehatan, menggunakan transportasi yang telah disiapkan, membawa Buku KIA dan dokumen pelayanan, serta segera menuju fasilitas kesehatan. Rujukan perlu dipahami sebagai langkah keselamatan, bukan kegagalan pelayanan. Kelas Ibu Hamil tidak digunakan untuk menegakkan diagnosis atau menentukan pengobatan; setiap keluhan individual tetap harus dinilai oleh tenaga kesehatan.

Penyampaian materi perlu menjaga keseimbangan antara kewaspadaan dan ketenangan. Fasilitator dapat mengelompokkan informasi menjadi tiga bagian, yaitu tanda yang dirasakan atau dilihat, tindakan pertama yang harus dilakukan, dan tempat pertolongan yang dituju. Pemahaman peserta kemudian diperiksa dengan meminta mereka menjelaskan kembali langkah yang akan dilakukan ketika menemukan tanda bahaya.

C. Strategi Optimalisasi Kelas Ibu Hamil

Optimalisasi Kelas Ibu Hamil memerlukan perbaikan pada seluruh rantai program, mulai dari identifikasi sasaran, desain pembelajaran, kapasitas fasilitator, keterlibatan keluarga, integrasi pelayanan, hingga pemantauan dan perbaikan mutu. Kerangka input–proses–output–outcome membantu pengelola melihat hubungan antara sumber daya, mutu pelaksanaan, hasil pembelajaran, dan perubahan kesiapan peserta. Pengalaman program di Indonesia juga menunjukkan bahwa keberlanjutan kelas dipengaruhi oleh partisipasi peserta, dukungan tenaga kesehatan, dan keterhubungannya dengan pelayanan antenatal (Aisyah et al., 2020; Anggraini et al., 2019). Empat strategi berikut menempatkan komponen tersebut ke dalam langkah yang dapat diterapkan di tingkat puskesmas dan komunitas.

Pemetaan Sasaran dan Peningkatan Partisipasi

Langkah pertama adalah memastikan semua ibu hamil teridentifikasi melalui kohor ibu, pelayanan antenatal, posyandu, kader, jejaring praktik mandiri, dan mekanisme pelaporan desa/kelurahan. Daftar peserta harus memuat usia kehamilan, wilayah, nomor kontak, kebutuhan akses, bahasa, status kehadiran, dan rencana tindak lanjut dengan tetap menjaga kerahasiaan data. Prioritas pendampingan diberikan kepada ibu yang terlambat memulai pemeriksaan, sering absen, tinggal jauh, hamil usia remaja, memiliki hambatan sosial, atau mempunyai faktor risiko klinis tanpa memberi stigma.

Partisipasi meningkat ketika jadwal disusun bersama peserta, durasi realistis, lokasi aman dan mudah dijangkau, pengingat diberikan sebelum pertemuan, dan suasana kelas tidak menghakimi. Kelas dapat diselenggarakan pada jam yang menyesuaikan pekerjaan peserta atau pendamping. Penggantian ongkos tidak selalu mungkin, tetapi koordinasi transportasi kelompok, dukungan desa, ruang ramah anak, dan penggabungan dengan jadwal pelayanan tertentu dapat mengurangi hambatan.

Kelas hibrida atau dukungan digital dapat memperluas akses, tetapi tidak boleh menggantikan penilaian klinis dan perlu memperhatikan kesenjangan kepemilikan perangkat, kuota, literasi digital, serta privasi. Pesan singkat dapat digunakan untuk pengingat jadwal, pengulangan pesan kunci, dan nomor kontak; materi harus konsisten dengan Buku KIA. Uji acak terkontrol di Denpasar menunjukkan bahwa intervensi edukasi berbasis aplikasi berpotensi memperbaiki perilaku promosi kesehatan selama kehamilan, tetapi penerapannya tetap perlu terintegrasi dengan pelayanan dan disesuaikan dengan akses digital peserta.

Penggunaan media digital akan lebih bermanfaat bila fungsinya dibatasi dengan jelas. Grup pesan dapat dipakai untuk mengingatkan jadwal, mengirim kembali gambar dari Buku KIA, atau mengumumkan perubahan nomor layanan. Namun, grup tidak semestinya menjadi tempat peserta mengirim data klinis pribadi atau meminta diagnosis dari keluhan yang memerlukan pemeriksaan. Pengelola perlu menetapkan siapa yang menjadi administrator, kapan pesan dijawab, informasi apa yang boleh dibagikan, dan bagaimana peserta diarahkan ketika muncul keadaan darurat. Dengan aturan sederhana tersebut, media digital memperkuat pertemuan tatap muka tanpa menimbulkan kesan bahwa konsultasi daring dapat menggantikan pelayanan antenatal.

Pembelajaran Aktif dan Berpusat pada Peserta

Orang dewasa belajar lebih baik ketika materi berkaitan dengan masalah nyata, memberi kesempatan menggunakan pengalaman, dan segera dipraktikkan. Setiap sesi sebaiknya mengikuti siklus: menggali pengalaman dan kebutuhan, menyampaikan pesan inti, mempraktikkan keterampilan, memeriksa pemahaman, menyusun aksi, dan menindaklanjuti. Presentasi panjang dapat diganti dengan skenario singkat seperti, "Ibu mengalami perdarahan pada malam hari; siapa melakukan apa dalam lima menit pertama?"

Metode teach-back penting untuk memastikan pemahaman. Fasilitator tidak hanya bertanya "Sudah mengerti?", melainkan meminta peserta menjelaskan dengan kata-katanya sendiri: tanda apa yang mengharuskan berangkat, siapa yang dihubungi, dan fasilitas mana yang dituju. Jika jawaban belum tepat, fasilitator menjelaskan ulang dengan cara berbeda lalu mengulangi pemeriksaan pemahaman. Metode ini melengkapi diskusi, demonstrasi, dan praktik keterampilan yang digunakan dalam kelas ibu hamil (Amalia et al., 2023; Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Simulasi rencana darurat membuat pengetahuan menjadi tindakan. Peserta berlatih menelepon transportasi, menyiapkan dokumen, memilih rute, menjelaskan keluhan kepada petugas, serta membagi tugas keluarga. Demonstrasi dapat mencakup teknik napas, posisi nyaman, persiapan menyusui, kebersihan, dan isi tas persalinan. Semua latihan harus berada dalam batas kewenangan dan tidak menggantikan pemeriksaan profesional.

Fasilitator tidak perlu membuat simulasi yang rumit. Satu kasus singkat sudah cukup jika dibahas sampai peserta mampu menentukan urutan tindakan. Misalnya, seorang ibu mengalami perdarahan setelah bangun tidur. Kelompok diminta memutuskan siapa yang mendampingi ibu, siapa yang menghubungi kendaraan, dokumen apa yang dibawa, dan ke fasilitas mana mereka berangkat. Setelah peserta menjawab, fasilitator menelusuri kemungkinan penundaan dan meluruskan tindakan yang tidak aman. Diskusi diakhiri dengan menghubungkan kasus tersebut pada rencana masing-masing peserta. Pola ini membuat materi terasa dekat dengan kehidupan mereka dan membantu keluarga melihat bahwa keputusan cepat bukanlah hasil keberanian sesaat, melainkan hasil persiapan yang telah dibicarakan sebelumnya.

Pelibatan Suami, Keluarga, dan Komunitas

Keputusan mencari pertolongan sering dipengaruhi pasangan atau anggota keluarga lain. Karena itu, keterlibatan mereka merupakan komponen keselamatan, selama tetap menghormati otonomi dan pilihan ibu. Dalam P4K, keluarga berperan memastikan pendamping, penolong, tempat persalinan, transportasi, biaya, dan donor darah telah

disepakati. Sesi keluarga harus menekankan peran konkret: mengenali tanda bahaya, tidak menunda keputusan, menyediakan transportasi dan biaya, mendampingi pemeriksaan, mendukung konsumsi makanan bergizi dan tablet tambah darah sesuai anjuran, mengurangi beban kerja ibu, serta menghormati pilihan ibu (Himalaya & Maryani, 2020; Prastyawati et al., 2025).

Kader membantu pemetaan sasaran, pengingat, penelusuran ketidakhadiran, penguatan pesan, dan penghubung dengan bidan. Pemerintah desa/kelurahan dapat mendukung tempat, transportasi sosial atau ambulans desa, komunikasi darurat, dan mobilisasi calon donor sesuai ketentuan. Tokoh masyarakat dan keagamaan dapat membantu mengatasi norma yang menghambat, tetapi tidak boleh menerima informasi klinis pribadi tanpa izin ibu.

Pelibatan keluarga harus tetap berorientasi pada hak ibu. Pendamping dipilih oleh ibu; komunikasi harus bebas dari kekerasan, tekanan, dan diskriminasi. Privasi, kerahasiaan, persetujuan berdasarkan informasi, serta penghormatan terhadap keputusan ibu harus dijaga dalam kelas maupun pelayanan individual. Bila fasilitator menemukan kekerasan dalam rumah tangga, gangguan kesehatan mental, atau persoalan perlindungan, tindak lanjut harus mengikuti prosedur layanan dan keselamatan yang berlaku.

Batas peran keluarga perlu dijelaskan sejak awal. Dukungan bukan berarti mengambil alih suara ibu atau memaksakan pilihan yang tidak ia kehendaki. Keluarga membantu menyediakan kondisi agar ibu dapat menerima pelayanan tepat waktu dan membuat keputusan berdasarkan informasi. Dalam diskusi kelompok, fasilitator dapat meminta setiap pendamping menyebutkan satu tanggung jawab yang sanggup dilakukan, misalnya memastikan kendaraan tersedia, menemani pemeriksaan, atau menyimpan dokumen persalinan. Pembagian tugas yang jelas lebih mudah dilaksanakan daripada ajakan umum untuk ‘selalu mendukung’. Kesepakatan tersebut perlu diketahui ibu dan dapat diubah bila keadaan keluarga atau kondisi kehamilan berubah.

Integrasi dengan Pelayanan Antenatal, P4K, Buku KIA, dan Sistem Rujukan

Setiap peserta membawa Buku KIA pada kelas. Materi kelas merujuk halaman yang relevan, sementara hasil diskusi seperti pilihan fasilitas, kontak, dan rencana transportasi dituangkan pada lembar rencana yang disimpan ibu. Fasilitator menghubungkan rencana dengan hasil pemeriksaan antenatal. Bila terdapat risiko yang memerlukan persalinan di fasilitas tertentu atau rujukan terencana, rencana umum harus disesuaikan melalui konseling individual oleh tenaga kesehatan.

Integrasi P4K mengubah rencana individu menjadi kesiapsiagaan keluarga dan masyarakat. Komponen seperti penolong, tempat persalinan, pendamping, transportasi, biaya, dan donor darah diverifikasi, bukan sekadar dicatat. Verifikasi berarti nomor dapat dihubungi, kendaraan tersedia pada waktu yang diperlukan, dokumen jaminan aktif, rute diketahui, dan keluarga menyepakati keputusan. Rencana ditinjau kembali pada trimester ketiga atau kapan pun kondisi berubah.

Fasilitator perlu memiliki peta jejaring: kapasitas puskesmas, rumah sakit rujukan, layanan ambulans, waktu tempuh, dan jalur komunikasi. Informasi harus diperbarui secara berkala. Kelas tidak boleh menjanjikan layanan yang tidak tersedia. Koordinasi pra-rujukan dan komunikasi antarfasilitas menjadi tanggung jawab sistem pelayanan, tetapi keluarga tetap perlu mengetahui tindakan awal dan lokasi tujuan.

Peta jejaring bukan sekadar daftar nama fasilitas. Informasi yang dibutuhkan keluarga meliputi layanan yang tersedia, waktu tempuh yang wajar, jalur masuk pasien, nomor komunikasi, dan pilihan cadangan bila fasilitas pertama tidak dapat memberikan pelayanan yang diperlukan. Tim puskesmas perlu membedakan informasi untuk persalinan yang telah direncanakan dengan informasi untuk kegawatdaruratan. Pada ibu dengan risiko tertentu, penentuan fasilitas harus mengikuti hasil penilaian tenaga kesehatan, bukan semata-mata kedekatan lokasi atau kebiasaan keluarga. Dengan demikian, kelas memberikan kerangka umum, sedangkan keputusan klinis tetap diselesaikan melalui konseling individual dan koordinasi layanan.

D. Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil secara Operasional

Persiapan Program

Sebelum siklus kelas dimulai, tim puskesmas melakukan analisis sederhana: jumlah dan sebaran ibu hamil, cakupan serta putus kunjungan antenatal, pola komplikasi dan rujukan, hambatan transportasi, bahasa, lokasi yang mudah diakses, serta jadwal potensial. Hasil analisis digunakan untuk menentukan jumlah kelompok, tempat, fasilitator, metode, materi lokal, dan dukungan lintas sektor.

Satu kelompok sebaiknya cukup kecil untuk memungkinkan diskusi dan praktik. Pedoman primer Kementerian Kesehatan menyebut jumlah peserta maksimal sekitar sepuluh orang, sehingga fasilitator dapat mengenali kebutuhan peserta dan memeriksa pemahaman secara individual (Kementerian Kesehatan RI, 2025). Bila jumlah sasaran besar, bentuk beberapa

kelompok berdasarkan wilayah atau usia kehamilan. Persetujuan peserta, privasi, ventilasi, keamanan, akses toilet, air minum, dan kesiapan menghadapi keadaan darurat perlu dipastikan.

Perangkat minimal meliputi Buku KIA, lembar rencana persalinan, kartu tanda bahaya, daftar kontak, alat bantu gambar, daftar hadir, pretest–posttest ringkas, lembar observasi keterampilan, dan formulir tindak lanjut. Materi tambahan harus ditelaah oleh tenaga kompeten agar konsisten dengan kebijakan dan tidak memuat promosi komersial yang menyesatkan.

Persiapan logistik sebaiknya dilakukan beberapa hari sebelum pertemuan, bukan sesaat sebelum peserta datang. Fasilitator meninjau tujuan sesi, memilih pesan utama, memeriksa kesesuaian gambar, dan menyiapkan pertanyaan pemantik. Daftar hadir perlu dipisahkan dari catatan klinis agar kerahasiaan tetap terjaga. Jika menggunakan pretest dan posttest, pertanyaannya dibuat singkat dan langsung berhubungan dengan keputusan yang harus diambil peserta. Alat bantu tidak harus mahal. Kartu kasus dari kertas tebal, peta rute sederhana, contoh tas dokumen, dan lembar pembagian tugas keluarga dapat menjadi media belajar yang efektif apabila digunakan dalam diskusi dan praktik, bukan sekadar dipajang.

Rancangan dan Alur Pelaksanaan Empat Pertemuan

Kelas Ibu Hamil dapat diselenggarakan dalam empat pertemuan yang saling berkesinambungan. Setiap pertemuan tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi juga menghasilkan tindakan atau rencana yang dapat diterapkan oleh peserta bersama keluarganya.

Pertemuan pertama membahas kehamilan sehat dan mengidentifikasi kebutuhan peserta. Materi meliputi perubahan selama kehamilan, kebutuhan gizi, kepatuhan pemeriksaan antenatal, konsumsi tablet tambah darah, kesehatan mental, dan penggunaan Buku KIA. Pada akhir pertemuan, peserta menyusun jadwal pemeriksaan berikutnya dan mencatat pertanyaan yang akan disampaikan kepada tenaga kesehatan. Keluhan atau faktor risiko yang ditemukan perlu ditindaklanjuti melalui pelayanan individual untuk menjaga keselamatan dan kerahasiaan peserta.

Pertemuan kedua berfokus pada kesiapan persalinan. Peserta menentukan fasilitas dan tenaga penolong sesuai hasil pemeriksaan, pendamping, transportasi, pembiayaan, dokumen, serta kebutuhan ibu dan bayi. Kegiatan dapat disertai pemetaan rute dan latihan menghubungi pengemudi atau fasilitas kesehatan. Hasil pertemuan berupa draf rencana persalinan yang dibawa pulang untuk dibahas dan disepakati bersama keluarga.

Pertemuan ketiga membahas tanda bahaya, komplikasi, dan rujukan. Pembelajaran dilakukan melalui contoh kasus, seperti perdarahan pada malam hari, gerakan janin berkurang,

kejang, atau sesak napas. Peserta dan pendamping berlatih menentukan tindakan pertama, membagi tugas, menghubungi pihak terkait, dan memilih fasilitas tujuan. Hasil pertemuan berupa rencana darurat yang mencakup fasilitas cadangan, transportasi, daftar kontak, dan pembagian peran keluarga.

Pertemuan keempat mencakup masa nifas, perawatan bayi baru lahir, menyusui, keluarga berencana pascapersalinan, dan evaluasi kesiapan. Peserta mempelajari tanda bahaya pada ibu dan bayi serta tempat memperoleh pertolongan. Pada akhir pertemuan, fasilitator meninjau rencana persalinan, memeriksa daftar kontak, dan meminta peserta menjelaskan kembali tindakan yang akan dilakukan apabila muncul tanda bahaya. Komponen yang belum lengkap dicatat untuk ditindaklanjuti bersama pihak yang dapat membantu.

Setiap pertemuan dapat dilaksanakan melalui tahapan berikut:

1. Pembukaan dan identifikasi kebutuhan selama kurang lebih 10 menit;
2. Penggalian pengalaman, pengetahuan awal, kekhawatiran, dan hambatan peserta selama 10–15 menit;
3. Penyampaian materi inti selama 25–30 menit dengan membatasi pembahasan pada tiga sampai lima pesan utama;
4. Praktik atau simulasi selama 20–30 menit melalui demonstrasi, bermain peran, pengisian rencana, atau pembahasan kasus;
5. Pemeriksaan pemahaman melalui *teach-back* dan klarifikasi selama 10–15 menit; serta
6. Penyusunan rencana aksi dan penutupan selama kurang lebih 10 menit.

Durasi dan urutan kegiatan dapat disesuaikan dengan usia kehamilan, kebutuhan peserta, tingkat literasi, pola risiko, dan kondisi setempat. Senam atau latihan fisik hanya dilakukan setelah memastikan keamanannya, dipandu oleh tenaga yang kompeten, serta disesuaikan dengan kondisi ibu. Peserta yang memiliki keluhan atau kontraindikasi tidak boleh dipaksa mengikuti latihan.

Hal utama yang perlu dipertahankan adalah kesinambungan antarsesi. Materi sebelumnya ditinjau kembali, tindakan yang dilakukan di rumah diperiksa, dan hambatan baru dicatat untuk ditindaklanjuti. Dengan demikian, peserta tidak mengikuti empat kegiatan penyuluhan yang terpisah, melainkan menjalani satu proses pembelajaran bertahap yang menghasilkan kesiapan persalinan dan kesiapsiagaan menghadapi komplikasi. Keberhasilan pertemuan dinilai dari

kemampuan peserta menerapkan pengetahuan dan menentukan tindakan yang tepat, bukan sekadar dari selesainya seluruh materi.

Tindak Lanjut Individual

Setelah setiap pertemuan, fasilitator menandai peserta yang membutuhkan tindak lanjut: keluhan klinis, risiko tinggi, masalah gizi, ketidaksiapan biaya/transportasi, dukungan keluarga rendah, kesehatan mental, kekerasan, atau kebutuhan sosial. Tindak lanjut dicatat secara aman dan diberikan melalui konseling, pemeriksaan, kunjungan rumah, rujukan, atau koordinasi dengan layanan yang relevan. Informasi pribadi hanya dibagikan kepada pihak yang berwenang dan sesuai kebutuhan.

Peserta yang tidak hadir perlu dihubungi secara suportif untuk mengetahui hambatan dan menawarkan sesi pengganti, ringkasan materi, atau kunjungan bila memungkinkan. Ketidakhadiran berulang dapat menjadi tanda hambatan akses atau kerentanan, sehingga responsnya bukan sekadar mencatat "drop out".

Tindak lanjut akan lebih mudah bila tanggung jawabnya ditetapkan. Fasilitator mencatat kebutuhan yang muncul, menentukan siapa yang menghubungi peserta, dan memberi batas waktu penyelesaian. Masalah klinis diteruskan kepada tenaga kesehatan, sedangkan kebutuhan sosial atau transportasi dapat dikoordinasikan bersama kader dan pemerintah desa sesuai kewenangan. Catatan tindak lanjut harus ringkas tetapi cukup untuk mengetahui apakah masalah telah selesai. Sistem sederhana seperti tanggal temuan, tindakan, penanggung jawab, dan status penyelesaian sering lebih berguna daripada formulir panjang yang jarang diperiksa. Hal yang paling penting ialah memastikan tidak ada peserta dengan tanda bahaya atau risiko tinggi yang hilang dari pemantauan.

Penguatan Kapasitas Fasilitator dan Mutu Pelaksanaan

Fasilitator idealnya menguasai materi kesehatan ibu, komunikasi risiko, pembelajaran orang dewasa, fasilitasi kelompok, teach-back, dan mekanisme rujukan. Kompetensi klinis saja belum cukup; kemampuan menciptakan ruang aman, mendengar aktif, mengelola mitos, menghindari jargon, dan merespons pertanyaan sensitif menentukan mutu kelas.

Pelatihan fasilitator perlu berbasis praktik. Peserta pelatihan melakukan microteaching, memainkan skenario kegawatdaruratan, menerima umpan balik, dan menggunakan daftar tilik. Supervisi setelah pelatihan dilakukan secara suportif melalui observasi kelas, refleksi, telaah data, dan rencana perbaikan. Tujuannya memperkuat keterampilan, bukan mencari kesalahan.

Standarisasi materi penting untuk konsistensi, tetapi fasilitator perlu menyesuaikan contoh, bahasa, dan metode dengan konteks. Setiap sesi memiliki pesan wajib, tujuan perilaku, aktivitas, alat bantu, dan kriteria pemahaman. Informasi klinis harus mengikuti pedoman terkini. Bila terdapat perbedaan praktik lokal, fasilitator menjelaskan prosedur fasilitas setempat tanpa membuat klaim di luar kewenangannya.

Mutu fasilitasi juga terlihat dari cara petugas merespons hal yang belum diketahui. Fasilitator tidak perlu menjawab semua pertanyaan pada saat itu juga. Apabila informasi belum pasti atau berada di luar kompetensinya, jawaban yang aman adalah mengakui keterbatasan, mencatat pertanyaan, kemudian mengonfirmasi kepada tenaga yang tepat. Sikap semacam ini lebih dapat dipercaya daripada memberikan penjelasan yang terdengar meyakinkan tetapi tidak memiliki dasar. Pada pertemuan berikutnya, fasilitator menyampaikan hasil konfirmasi dan menunjukkan sumber yang digunakan. Kebiasaan tersebut sekaligus mengajarkan peserta untuk menilai informasi kesehatan secara kritis.

E. Monitoring, Evaluasi, dan Perbaikan Mutu

Monitoring dan evaluasi Kelas Ibu Hamil harus dilakukan secara sederhana, bermakna, dan berorientasi pada pengambilan keputusan. Indikator dipilih untuk mengetahui keterjangkauan sasaran, mutu pelaksanaan kelas, kesiapan ibu dan keluarga, serta kontribusi program terhadap akses pelayanan yang tepat waktu. Data yang dikumpulkan perlu mencakup kesiapan program, proses pembelajaran, kemampuan peserta, kelengkapan rencana persalinan, tindak lanjut, dan pengalaman ibu.

Kesiapan program dinilai melalui ketersediaan fasilitator yang telah memperoleh pembekalan, Buku KIA dan media pembelajaran, tempat yang layak, serta jejaring dan kontak rujukan yang mutakhir. Kekurangan sarana presentasi tidak selalu menghambat pelaksanaan kelas karena fasilitator dapat menggunakan media sederhana. Namun, ketidakakuratan informasi rujukan merupakan masalah keselamatan yang harus segera diperbaiki.

Penilaian proses mencakup penggunaan diskusi dan praktik, kesempatan peserta untuk bertanya, pelaksanaan *teach-back*, keterlibatan keluarga, dan tindak lanjut terhadap keluhan. Daftar hadir tetap diperlukan, tetapi tidak boleh menjadi satu-satunya ukuran keberhasilan. Observasi singkat dan umpan balik peserta dapat digunakan untuk menilai keaktifan peserta, kemudahan bahasa, keamanan suasana belajar, dan kesesuaian waktu pertemuan.

Hasil langsung pembelajaran dinilai melalui kelengkapan rencana persalinan, ketersediaan nomor kontak, kemampuan mengenali tanda bahaya, dan ketepatan menentukan tindakan.

Penilaian pengetahuan tidak hanya menggunakan soal tertulis, tetapi juga *teach-back*, audit rencana persalinan, dan simulasi kedaruratan. Audit dilakukan dengan memeriksa fasilitas utama dan cadangan, transportasi, pendamping dan pengambil keputusan, pembiayaan, dokumen, kebutuhan rumah tangga, serta pemahaman keluarga terhadap tanda bahaya.

Dalam simulasi, peserta dinilai berdasarkan kemampuan mengenali tanda bahaya, mengambil keputusan tanpa menunda, menghubungi pihak yang tepat, menentukan fasilitas tujuan, dan menyiapkan Buku KIA serta dokumen pelayanan. Hasil penilaian tidak digunakan untuk mempermalukan peserta, tetapi untuk menentukan materi yang perlu diulang dan dukungan yang perlu diberikan.

Evaluasi juga dapat mencakup kesinambungan pemeriksaan antenatal, persalinan di fasilitas yang sesuai dengan risiko, serta ketepatan mencari pertolongan. Data diperoleh dari kohor, Buku KIA, catatan tindak lanjut, dan wawancara pascapersalinan. Hasil tersebut perlu ditafsirkan secara hati-hati karena persalinan dipengaruhi oleh berbagai faktor di luar kelas. Dengan demikian, Kelas Ibu Hamil dinilai berdasarkan kontribusinya, bukan dianggap sebagai satu-satunya penyebab suatu luaran.

Aspek mutu dan pemerataan perlu diperhatikan dengan menilai apakah peserta merasa dihormati, kelompok rentan memperoleh akses yang setara, serta keluhan mendapatkan tindak lanjut. Umpan balik anonim dapat digunakan untuk memperoleh pengalaman yang sulit disampaikan secara langsung. Data juga perlu dibaca bersama catatan fasilitator karena rencana yang belum lengkap tidak selalu menunjukkan kurangnya kemauan, tetapi dapat disebabkan oleh keterbatasan transportasi, biaya, atau dukungan keluarga.

Hasil monitoring dibahas secara berkala melalui siklus rencanakan, laksanakan, pelajari, dan tindak lanjuti. Sebagai contoh, jika kehadiran suami rendah, tim dapat memetakan penyebab, mencoba jadwal alternatif dan undangan khusus, kemudian membandingkan hasilnya. Jika peserta memahami tanda bahaya tetapi belum memiliki transportasi, perbaikan diarahkan pada koordinasi komunitas dan jejaring layanan, bukan sekadar mengulang materi.

Dengan demikian, monitoring dan evaluasi tidak berhenti sebagai pelaporan administratif. Data digunakan untuk memperbaiki jadwal, metode pembelajaran, materi, penjangkauan peserta, pendampingan keluarga, dan sistem rujukan. Tujuannya bukan memberikan label berhasil atau gagal kepada ibu, melainkan mengenali bagian program yang perlu diperbaiki dan hambatan sistem yang membutuhkan dukungan lebih lanjut (Aisyah et al., 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2025).

F. Tantangan Implementasi dan Alternatif Solusi

Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil menghadapi tantangan yang berbeda di setiap wilayah. Keterbatasan waktu dan beban kerja petugas dapat diatasi melalui pembagian tugas, jadwal tetap, penggunaan modul ringkas, dan pelibatan kader untuk kegiatan nonklinis. Tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab atas penyampaian materi klinis, penilaian risiko, dan tindak lanjut pelayanan.

Kehadiran peserta yang tidak konsisten perlu ditangani dengan mengidentifikasi hambatan, memberikan pengingat personal, menyediakan pilihan jadwal atau sesi pengganti, serta melakukan penguatan melalui kunjungan. Keberlanjutan partisipasi tidak hanya bergantung pada insentif, tetapi juga pada kemampuan kelas dalam memberikan suasana yang ramah, materi yang relevan, dan solusi terhadap permasalahan nyata peserta.

Dominasi metode ceramah dapat dikurangi dengan memperbesar porsi praktik, menggunakan kartu skenario, simulasi, dan melakukan observasi terhadap kemampuan fasilitator. Sementara itu, informasi yang keliru dari media sosial perlu ditangani melalui literasi digital dengan mengajarkan peserta untuk memeriksa sumber, tanggal, penulis, kesesuaian informasi dengan Buku KIA, serta mengonfirmasikannya kepada tenaga kesehatan.

Hambatan budaya dan pengaruh keluarga perlu dihadapi secara menghormati nilai setempat. Dengan persetujuan ibu, fasilitator dapat melibatkan anggota keluarga atau tokoh yang berpengaruh, menggunakan bahasa lokal, serta membedakan praktik yang aman dari praktik yang berpotensi menunda pertolongan. Pada wilayah terpencil, diperlukan perencanaan khusus berupa rujukan terencana, transportasi komunitas, komunikasi cadangan, persiapan keberangkatan lebih awal, dan pemanfaatan rumah tunggu kelahiran apabila tersedia serta sesuai kebijakan.

Perlindungan privasi juga harus menjadi perhatian. Peserta tidak wajib mengungkapkan diagnosis, pengalaman kekerasan, atau masalah pribadi di dalam kelompok. Fasilitator perlu menyediakan jalur konsultasi individual dan menjelaskan batas kerahasiaan, terutama apabila ditemukan kondisi yang mengancam keselamatan ibu atau bayi.

Penyesuaian terhadap kondisi lokal merupakan bagian dari peningkatan mutu, bukan penyimpangan dari pedoman. Kelas di wilayah perkotaan mungkin memiliki akses lebih baik terhadap narasumber dan fasilitas rujukan, tetapi menghadapi kendala waktu peserta yang bekerja. Sebaliknya, wilayah perdesaan atau kepulauan dapat memiliki dukungan komunitas yang lebih kuat, tetapi menghadapi kendala jarak, cuaca, dan transportasi. Bentuk pelaksanaan

dapat disesuaikan selama pesan keselamatan, penghormatan terhadap ibu, keterhubungan dengan pelayanan, dan kejelasan tindak lanjut tetap dipertahankan.

Peran Pemangku Kepentingan

Keberhasilan program juga bergantung pada pembagian peran antarpemangku kepentingan. Ibu berperan aktif mengikuti pemeriksaan, membawa Buku KIA, mengajukan pertanyaan, dan menyusun rencana persalinan. Suami dan keluarga memberikan dukungan emosional, logistik, pembiayaan, serta membantu pengambilan keputusan secara cepat. Bidan atau tenaga kesehatan memfasilitasi pembelajaran, menilai kebutuhan klinis, menyesuaikan rencana berdasarkan risiko, dan mengoordinasikan rujukan.

Kader bertugas melakukan penjangkauan, memberikan pengingat, mendukung pemanfaatan Buku KIA, dan melaporkan hambatan kepada tenaga kesehatan tanpa menyebarkan informasi pribadi peserta. Puskesmas menjamin tata kelola, ketersediaan bahan, supervisi, integrasi data, dan jejaring rujukan. Fasilitas rujukan menyediakan jalur komunikasi dan menerima koordinasi sesuai dengan sistem pelayanan. Pemerintah desa atau kelurahan mendukung sarana, akses, dan transportasi, sedangkan dinas kesehatan berperan dalam kebijakan, pelatihan, pemantauan, dan perbaikan mutu.

Organisasi profesi, institusi pendidikan, dan mitra masyarakat dapat mendukung pengembangan materi, peningkatan kapasitas, serta evaluasi program. Keterlibatan tersebut harus mengikuti standar pelayanan, melindungi data peserta, menghindari konflik kepentingan, dan memperkuat sistem kesehatan yang telah tersedia.

Koordinasi perlu dibuat sederhana dan berorientasi pada penyelesaian masalah. Puskesmas dapat menyelenggarakan pertemuan singkat secara berkala untuk meninjau cakupan peserta, hambatan yang belum terselesaikan, perubahan jejaring rujukan, dan kebutuhan fasilitator. Pembagian peran dan batas kewenangan yang jelas akan mencegah duplikasi kegiatan serta memastikan ibu dan keluarga menerima informasi yang konsisten.

G. Rekomendasi Praktis

Optimalisasi Kelas Ibu Hamil perlu menempatkan kelengkapan dan keterlaksanaan rencana persalinan sebagai sasaran utama, bukan hanya jumlah pertemuan atau peserta. Kegiatan idealnya dilaksanakan dalam minimal empat pertemuan yang berkesinambungan, dengan sedikitnya satu sesi melibatkan suami atau keluarga. Buku KIA digunakan sebagai sumber utama, sedangkan materi diarahkan pada keputusan dan keterampilan praktis, seperti

mengenali tanda bahaya, menentukan fasilitas persalinan, menyiapkan transportasi, dan menghubungi tenaga kesehatan.

Pembelajaran perlu menggunakan metode aktif, seperti diskusi kasus, demonstrasi, bermain peran, *teach-back*, dan simulasi. Pelaksanaannya diintegrasikan dengan pemeriksaan antenatal, P4K, skrining risiko, konseling individual, fasilitas persalinan, dan jejaring rujukan. Sebelum trimester akhir, fasilitator perlu memastikan kesiapan fasilitas tujuan, transportasi, pembiayaan, dokumen, pendamping, pengambil keputusan, nomor kontak, dan rencana cadangan. Tindak lanjut juga harus diberikan kepada peserta yang tidak hadir, ibu dengan faktor risiko, dan keluarga yang belum menyelesaikan rencana persalinan.

Monitoring dilakukan menggunakan indikator sederhana yang menilai mutu pelaksanaan, keterjangkauan sasaran, keterlibatan keluarga, dan kesiapan peserta. Hasilnya digunakan untuk memperbaiki jadwal, metode, materi, dan jejaring pelayanan secara bertahap. Perbaikan dapat dimulai dari satu masalah yang paling memengaruhi kesiapan peserta, kemudian diuji dalam satu siklus kelas dan disesuaikan berdasarkan hasil evaluasi. Pendekatan ini memungkinkan program tetap inklusif, menghormati pilihan dan privasi ibu, serta dapat dikembangkan secara berkelanjutan sesuai kemampuan puskesmas.

H. Penutup

Kelas Ibu Hamil memiliki posisi strategis untuk mengubah informasi kesehatan menjadi kesiapan nyata. Nilai program tidak terletak pada ceramah atau jumlah peserta semata, melainkan pada kemampuan ibu dan keluarga untuk mengenali risiko, membuat keputusan, mengaktifkan rencana, dan mencapai pelayanan yang tepat tanpa keterlambatan yang dapat dicegah. Kelas yang optimal menggabungkan edukasi berbasis bukti, latihan keterampilan, dukungan keluarga, pemanfaatan Buku KIA, P4K, pelayanan antenatal, dan jejaring rujukan.

Optimalisasi perlu dilakukan sebagai proses perbaikan sistem. Pemetaan sasaran menjamin pemerataan; fasilitasi aktif meningkatkan pemahaman; rencana yang diverifikasi memperkuat kesiapan; integrasi layanan menjamin tindak lanjut; dan monitoring berbasis hasil menjaga mutu. Pendekatan tersebut memungkinkan kelas menyesuaikan konteks lokal tanpa kehilangan standar keselamatan.

Pada akhirnya, persalinan aman bukan tanggung jawab ibu seorang diri. Kesiapan dibangun bersama oleh keluarga, kader, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan, pemerintah, dan masyarakat. Ketika setiap pihak memahami perannya dan sistem merespons secara cepat, Kelas Ibu Hamil dapat menjadi wahana pemberdayaan yang efektif untuk meningkatkan pengalaman

kehamilan dan persalinan yang positif sekaligus mencegah kesakitan serta kematian ibu dan bayi yang dapat dihindari.

Referensi

Aisyah, R. D., Fitriyani, F., & Prafitri, L. D. (2020). Kegiatan revitalisasi Kelas Ibu Hamil (Kertas Bumil). *LINK, 16*(2), 105–110. https://doi.org/10.31983/link.v16i2.6343

Amalia, R., Zuhriyatun, F., & Yuliani, D. R. (2023). Kelas edukasi antenatal persiapan persalinan berbasis keterampilan meningkatkan efikasi diri ibu menghadapi persalinan. *Jurnal Sains Kebidanan, 5*(2), 60–67. https://doi.org/10.31983/jsk.v5i2.10699

Anggraini, L., Sunarsih, S., & Winardi, B. (2021). Pengaruh partisipasi ibu dalam kelas ibu hamil terhadap cakupan K4. Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal, 3(3), 265–277. https://doi.org/10.20473/imhsj.v3i3.2019.265-277

Ariyani, N. W., Wirawan, I. M. A., Pinatih, G. N. I., & Kusuma, A. A. N. J. (2022). The effect of an application-based educational intervention with a social cognitive theory model on pregnant women in Denpasar, Bali, Indonesia: A randomized controlled trial. *Osong Public Health and Research Perspectives, 13*(2), 153–161. https://doi.org/10.24171/j.phrp.2021.0209

Azhar, K., Dharmayanti, I., Tjandrarini, D. H., & Hidayangsih, P. S. (2020). The influence of pregnancy classes on the use of maternal health services in Indonesia. *BMC Public Health, 20*, Article 372. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08492-0

Himalaya, D., & Maryani, D. (2020). Penerapan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). *Journal of Midwifery, 8*(1), 1–10. https://doi.org/10.37676/jm.v8i1.1027

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019, 10 November). Tanda bahaya kehamilan yang harus diketahui oleh ibu hamil. https://ayosehat.kemkes.go.id/tanda-bahaya-kehamilan-yang-harus-diketahui-oleh-ibu-hamil

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). Pedoman pelayanan antenatal terpadu (Edisi ketiga). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://repository.kemkes.go.id/book/147

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020b). Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://repository.kemkes.go.id/book/122

Prastyawati, D., Puspitasari, Y., & Prasetyo, J. (2025). Program Perencanaan Persalinan dan

Pencegahan Komplikasi untuk mendukung kesiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan yang aman. *Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES, 16*(1), 24-28. https://doi.org/10.33846/sf16107

Sasnitiari, N. N., Supliyani, E., Rosaria, Y. W., & Puspitasari, D. A. (2017). Hubungan keikutsertaan ibu dalam kelas ibu hamil dengan pengetahuan dan sikap terhadap tanda bahaya dalam kehamilan di Kota Bogor. *Jurnal Kesehatan Reproduksi, 8*(2), 175–185. https://doi.org/10.22435/kespro.v8i2.6424.175-185

Wahyuningsih, A., & Wintoro, P. D. (2019). Hubungan keikutsertaan ibu hamil dalam mengikuti kelas ibu hamil dengan persiapan menghadapi persalinan di wilayah kerja Puskesmas Karanganom Klaten. INVOLUSI: Jurnal Ilmu Kebidanan, 9(2), 88–94. https://doi.org/10.61902/involusi.v9i2.88

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Pedoman penyelenggaraan Puskesmas Klaster 2: Ibu dan anak. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

ISSN 3063-4946

BAB VII

Persiapan Persalinan Aman dan Pencegahan Tiga Terlambat

Sulikah, S.ST., M.KES

A. Prakata

Persalinan merupakan proses alami yang penuh makna, namun juga memiliki risiko yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi apabila tidak dipersiapkan dengan baik. Persiapan persalinan yang matang tidak hanya mencakup kesiapan fisik dan mental, tetapi juga perencanaan yang tepat terkait tempat, pendamping, serta akses terhadap fasilitas kesehatan. Salah satu upaya penting dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi adalah pencegahan terjadinya tiga terlambat, yaitu terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan pelayanan yang memadai.

Ketiga faktor keterlambatan tersebut sering kali saling berkaitan dan dapat memperburuk kondisi ibu maupun bayi, terutama pada situasi kegawatdaruratan. Oleh karena itu, edukasi kepada ibu hamil, keluarga, dan masyarakat mengenai tanda bahaya kehamilan, pentingnya rencana persalinan, serta kesiapan transportasi dan biaya menjadi langkah strategis untuk memastikan proses persalinan berlangsung aman. Dengan persiapan yang baik dan pencegahan tiga terlambat, diharapkan setiap ibu dapat melalui proses persalinan dengan selamat, nyaman, dan penuh kebahagiaan.

B. Persiapan Pesalinan Aman

1. **Persiapan persalinan aman** adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh ibu hamil, keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan untuk memastikan proses persalinan berlangsung secara aman serta mampu mengantisipasi kemungkinan terjadinya komplikasi.

2. **Persiapan Persalinan Aman memiliki Tujuan:**

a. **Menjamin keselamatan ibu dan bayi selama persalinan** Persiapan persalinan aman bertujuan utama untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi. Hal ini dilakukan melalui pemeriksaan antenatal yang teratur, pemantauan kondisi kesehatan ibu, serta kesiapan tenaga kesehatan yang kompeten. Dengan persiapan yang matang, risiko kematian maternal maupun neonatal dapat diminimalkan sehingga proses persalinan berlangsung dengan aman.

b. **Mengurangi risiko komplikasi kehamilan dan persalinan** Persiapan yang baik juga berfungsi sebagai langkah preventif terhadap komplikasi seperti perdarahan, preeklampsia, atau infeksi. Melalui deteksi dini faktor risiko, pemberian edukasi, serta penanganan segera bila ada tanda bahaya, komplikasi dapat dicegah atau ditangani lebih cepat sehingga tidak menimbulkan dampak fatal bagi ibu maupun bayi.

c. **Mencapai fasilitas kesehatan, dan memperoleh pelayanan kesehatan** Persiapan persalinan aman juga mencakup perencanaan transportasi dan akses menuju fasilitas kesehatan. Dengan adanya rencana yang jelas, ibu dapat segera mencapai tempat pelayanan kesehatan yang memadai tanpa hambatan waktu atau jarak. Hal ini memastikan bahwa ibu memperoleh pelayanan sesuai standar dan tepat waktu.

d. **Meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi persalinan dan komplikasi** Selain tenaga kesehatan, keluarga memiliki peran besar dalam mendukung persalinan aman. Persiapan meliputi kesiapan mental, finansial, serta logistik keluarga untuk menghadapi persalinan maupun kemungkinan komplikasi. Dengan kesiapsiagaan yang baik, keluarga dapat memberikan dukungan emosional dan praktis yang sangat membantu ibu melewati proses persalinan dengan lebih tenang dan aman.

3. **Komponen persiapan persalinan meliputi:**

a. **Menentukan Tempat** Ibu dan keluarga perlu menentukan tempat persalinan sejak awal, apakah di rumah sakit, puskesmas, atau klinik bersalin. Pemilihan tempat harus mempertimbangkan jarak, fasilitas yang tersedia, serta tingkat risiko kehamilan. Dengan tempat yang jelas, persalinan dapat berlangsung lebih aman dan terencana.

b. **Menentukan Penolong** Penolong persalinan harus tenaga kesehatan yang kompeten, seperti bidan atau dokter. Penentuan penolong sejak awal akan memastikan ibu mendapatkan asuhan sesuai standar, serta meminimalkan risiko komplikasi akibat tindakan yang tidak tepat.

c. Menyiapkan Donor Persiapan donor sangat penting untuk mengantisipasi kemungkinan perdarahan atau kebutuhan transfusi darah. Keluarga perlu berkoordinasi dengan calon donor yang sehat dan bersedia membantu jika diperlukan.

d. Menyiapkan Transportasi Transportasi harus dipersiapkan untuk memastikan ibu dapat segera mencapai fasilitas kesehatan saat persalinan atau bila terjadi komplikasi. Kesiapan kendaraan, biaya, serta rute perjalanan menjadi faktor penting agar tidak terjadi keterlambatan.

e. Menyiapkan Calon Pendonor Darah Selain donor umum, calon pendonor darah yang sesuai golongan darah ibu harus dipersiapkan. Hal ini untuk memastikan ketersediaan darah yang kompatibel jika terjadi keadaan darurat obstetri.

f. Mengenali Tanda Bahaya Ibu dan keluarga harus memahami tanda bahaya kehamilan dan persalinan, seperti perdarahan, kejang, demam tinggi, atau pecah ketuban dini. Dengan pengetahuan ini, keluarga dapat segera mengambil tindakan dan mencari pertolongan medis.

g. Menyiapkan Sistem Rujukan Sistem rujukan harus disiapkan dengan jelas, termasuk fasilitas tujuan, jalur komunikasi, dan transportasi. Hal ini memastikan ibu dapat segera dirujuk ke rumah sakit rujukan bila terjadi komplikasi yang tidak dapat ditangani di fasilitas primer.

h. Menyiapkan Kebutuhan Ibu dan Bayi Persiapan kebutuhan ibu dan bayi meliputi perlengkapan persalinan, pakaian, perlengkapan menyusui, serta kebutuhan dasar bayi baru lahir. Dengan persiapan yang lengkap, proses persalinan dan perawatan pasca persalinan dapat berjalan lebih lancar dan nyaman.

4. Faktor yang mempengaruhi Keamanan Persalinan

Keamanan persalinan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik faktor ibu, keluarga, tenaga kesehatan, maupun sistem pelayanan kesehatan.

a. Faktor Ibu

1). Usia Ibu Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun maupun lebih dari 35 tahun memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan usia reproduksi sehat (20–35 tahun). Pada usia terlalu muda, organ reproduksi belum matang

sehingga meningkatkan kemungkinan persalinan prematur, bayi berat lahir rendah, dan perdarahan. Sedangkan pada usia lebih tua, risiko preeklamsia, diabetes gestasional, serta komplikasi obstetri lainnya lebih sering terjadi, sehingga memerlukan pengawasan ketat selama kehamilan dan persalinan.

2). Status Gizi Status gizi ibu sangat berpengaruh terhadap keamanan persalinan. Ibu dengan gizi kurang atau anemia berisiko mengalami perdarahan, infeksi, dan gangguan pertumbuhan janin. Kekurangan zat besi, protein, maupun mikronutrien lain dapat menurunkan daya tahan tubuh dan memperburuk kondisi kehamilan. Oleh karena itu, pemenuhan gizi seimbang sejak masa prakonsepsi hingga persalinan menjadi faktor penting untuk mencegah komplikasi.

3). Kondisi Kesehatan Penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, maupun infeksi dapat meningkatkan risiko persalinan tidak aman. Hipertensi dan diabetes misalnya, dapat memicu preeklamsia, gangguan pertumbuhan janin, hingga persalinan prematur. Penyakit jantung menambah beban kerja tubuh ibu selama kehamilan, sedangkan infeksi dapat menimbulkan komplikasi serius bagi ibu dan bayi. Oleh karena itu, deteksi dini dan pengelolaan penyakit penyerta sangat diperlukan.

4). Paritas Jumlah persalinan juga berpengaruh terhadap risiko obstetri. Kehamilan pertama sering kali lebih berisiko karena tubuh ibu belum beradaptasi dengan proses kehamilan dan persalinan. Sementara itu, kehamilan dengan jumlah persalinan terlalu banyak (>4 kali) dapat menyebabkan kelemahan otot rahim, risiko perdarahan postpartum, serta komplikasi lain yang membahayakan ibu. Dengan demikian, perencanaan jumlah anak dan jarak kehamilan menjadi bagian penting dari upaya menjaga keamanan persalinan.

b. Faktor Pengetahuan dan Perilaku

Pengetahuan ibu dan keluarga tentang: Tanda bahaya kehamilan, Pentingnya ANC, Persiapan persalinan, Sistem rujukan, sangat memengaruhi keselamatan ibu dan bayi. Kurangnya pengetahuan sering menyebabkan keterlambatan dalam mencari pertolongan medis

c. Faktor Sosial Ekonomi

1). Tingkat Pendidikan Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin baik pula kemampuan dalam memahami informasi kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis. Ibu yang berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih cepat mengenali tanda bahaya kehamilan, lebih patuh terhadap jadwal pemeriksaan antenatal, serta lebih mampu mengambil keputusan tepat terkait persalinan. Hal ini berkontribusi besar terhadap peningkatan keselamatan ibu dan bayi.

2). Pendapatan Keluarga Kondisi ekonomi keluarga sangat menentukan akses terhadap pelayanan kesehatan. Pendapatan yang cukup memungkinkan keluarga membiayai transportasi menuju fasilitas kesehatan, memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil, serta membayar biaya pemeriksaan dan persalinan. Sebaliknya, keterbatasan ekonomi dapat menjadi hambatan dalam memperoleh layanan kesehatan yang berkualitas, sehingga meningkatkan risiko komplikasi.

3). Dukungan Keluarga Peran suami dan keluarga sangat penting dalam mendukung ibu selama kehamilan dan persalinan. Dukungan emosional, finansial, maupun praktis akan meningkatkan kepatuhan ibu terhadap anjuran tenaga kesehatan, seperti rutin melakukan pemeriksaan antenatal dan segera mencari pertolongan bila ada tanda bahaya. Keluarga yang mendukung juga membantu ibu merasa lebih tenang dan percaya diri dalam menghadapi proses persalinan, sehingga keselamatan ibu dan bayi lebih terjamin.

d. Faktor Pelayanan Kesehatan

1). Keamanan persalinan sangat dipengaruhi oleh aksesibilitas pelayanan kesehatan. Jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan dapat menjadi hambatan bagi ibu hamil untuk mendapatkan pertolongan segera, terutama dalam kondisi darurat. Ketersediaan transportasi juga menjadi faktor penting, karena tanpa sarana transportasi yang memadai, ibu berisiko mengalami keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan. Selain itu, kondisi geografis seperti daerah pegunungan, terpencil, atau wilayah dengan infrastruktur jalan yang buruk semakin memperbesar tantangan dalam memperoleh pelayanan kesehatan tepat waktu. Oleh karena itu, perencanaan transportasi, penyediaan fasilitas kesehatan yang terjangkau, serta dukungan sistem rujukan yang efektif menjadi kunci dalam menjamin persalinan aman bagi ibu dan bayi.

2) Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Bermutu

a). **Tenaga Kesehatan Kompeten** Pelayanan kesehatan yang bermutu ditandai dengan keberadaan tenaga kesehatan yang kompeten, terlatih, dan memiliki keterampilan sesuai standar profesi. Kompetensi tenaga kesehatan sangat penting untuk melakukan deteksi dini komplikasi, memberikan asuhan kebidanan yang tepat, serta mengambil keputusan cepat dalam keadaan darurat. Dengan tenaga kesehatan yang profesional, keselamatan ibu dan bayi dapat lebih terjamin.

b). Ketersediaan Obat dan Alat Mutu pelayanan juga ditentukan oleh ketersediaan obat-obatan esensial dan alat kesehatan yang memadai. Obat-obatan seperti oksitosin, magnesium sulfat, serta antibiotik harus tersedia untuk penanganan komplikasi obstetri. Demikian pula, alat kesehatan seperti partus set, alat resusitasi bayi, dan fasilitas transfusi darah menjadi penunjang penting dalam menjamin persalinan aman. Tanpa ketersediaan sarana ini, pelayanan kesehatan tidak dapat optimal.

c). Pelayanan Sesuai Standar Pelayanan kesehatan bermutu harus diberikan sesuai standar prosedur dan protokol yang berlaku. Standar pelayanan mencakup pemeriksaan antenatal teratur, pemantauan tanda vital ibu dan janin, serta penerapan prinsip pencegahan infeksi. Dengan mengikuti standar yang telah ditetapkan, tenaga kesehatan dapat memberikan asuhan yang konsisten, aman, dan berkualitas, sehingga risiko komplikasi dapat ditekan seminimal mungkin.

e. **Faktor Kebijakan dan Lingkungan**

1). Kebijakan Pemerintah Keamanan persalinan sangat dipengaruhi oleh kebijakan pemerintah yang mendukung kesehatan ibu dan anak. Regulasi mengenai standar pelayanan kebidanan, program jaminan kesehatan, serta kebijakan rujukan maternal berperan penting dalam memastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Kebijakan yang berpihak pada ibu dan bayi akan memperkuat sistem kesehatan secara keseluruhan.

2). Ketersediaan Fasilitas Kesehatan Fasilitas kesehatan yang memadai, baik dari segi jumlah maupun kualitas, menjadi faktor penentu dalam menjamin persalinan aman. Rumah sakit, puskesmas, dan klinik bersalin harus

dilengkapi dengan tenaga kesehatan kompeten, obat-obatan esensial, serta sarana penunjang seperti ruang bersalin dan unit gawat darurat. Ketersediaan fasilitas yang merata akan memudahkan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan.

5. Strategi Persiapan Persalinan Aman Berbasis Bukti

Strategi berbasis bukti (evidence-based practice) merupakan strategi yang telah terbukti efektif meningkatkan keselamatan ibu dan bayi.

a. **Optimalisasi Pelayanan Antenatal Care (ANC)**

WHO merekomendasikan minimal delapan kali kontak ANC selama kehamilan. Melalui ANC dapat dilakukan: Deteksi dini komplikasi. Pemantauan pertumbuhan janin. Edukasi kesehatan. Persiapan persalinan. ANC yang berkualitas menurunan komplikasi maternal dan neonatal.

b. **Penerapan Program P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)**

Program P4K terbukti meningkatkan kesiapan keluarga dalam menghadapi persalinan melalui: Penentuan tempat persalinan, Persiapan biaya, Persiapan transportasi, Persiapan donor darah, Persiapan rujukan.

c. **Peningkatan Edukasi dan Literasi Kesehatan**

Edukasi kepada ibu dan keluarga perlu dilakukan secara berkelanjutan melalui: ANC, Kelas ibu hamil. Konseling individu. Media pendidikan kesehatan, Fokus edukasi meliputi: Tanda bahaya kehamilan, Persalinan aman, ASI eksklusif, Perawatan bayi baru lahir.

d. Pelibatan Suami dan Keluarga menunjukkan bahwa keterlibatan suami meningkatkan: Kunjungan ANC, Persiapan persalinan, Keputusan rujukan yang cepat, Dukungan psikologis ibu, Karena itu, suami perlu dilibatkan dalam setiap kegiatan pelayanan maternal.

e. **Penguatan Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal**

Strategi yang direkomendasikan meliputi: Penyediaan ambulans rujukan. Komunikasi antar fasilitas kesehatan. Jejaring PONED dan PONEK. Sistem rujukan digital. Sistem rujukan yang kuat terbukti mengurangi angka kematian ibu akibat keterlambatan pelayanan.

f. Peningkatan Kompetensi Tenaga Kesehatan: Pelatihan berkala diperlukan untuk meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam: Deteksi dini komplikasi.

Penanganan kegawatdaruratan obstetri. Resusitasi bayi baru lahir. Pelayanan maternal yang berpusat pada pasien.

g. Penguatan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi

Pelayanan PONED dan PONEK harus tersedia secara optimal dengan: Tenaga kesehatan terlatih, Obat-obatan esensial, Peralatan yang memadai, Pelayanan 24 jam.

C. Pencegahan Tiga Terlambat

Terlambat mengambil keputusan dalam mencari pertolongan medis saat persalinan merupakan salah satu faktor utama yang meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi. Untuk mencegah hal ini, diperlukan edukasi yang menyeluruh kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan dan persalinan, seperti perdarahan, kejang, pecah ketuban dini, atau penurunan gerakan janin. Keluarga harus dilibatkan sejak awal dalam perencanaan persalinan, termasuk menentukan tempat bersalin, penolong, transportasi, serta calon donor darah. Selain itu, komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dan keluarga akan mempercepat proses pengambilan keputusan ketika terjadi keadaan darurat. Dukungan masyarakat dan sistem rujukan yang jelas juga berperan penting agar ibu segera mendapatkan pelayanan sesuai tingkat kebutuhan. Dengan kesiapsiagaan ini, keterlambatan dalam mencari pertolongan dapat diminimalkan, sehingga keselamatan ibu dan bayi lebih terjamin.

Edukasi

Edukasi kepada ibu hamil dan keluarganya merupakan langkah pertama yang sangat penting. Dengan pengetahuan yang memadai tentang tanda bahaya kehamilan dan persalinan, keluarga dapat segera mengenali situasi darurat dan tidak menunda mencari pertolongan. Edukasi ini dapat diberikan melalui kelas ibu hamil, konseling antenatal, maupun penyuluhan masyarakat sehingga meningkatkan kesadaran dan kesiapsiagaan.

Perencanaan

Perencanaan persalinan yang matang membantu mencegah kebingungan saat kondisi darurat. Perencanaan meliputi penentuan tempat persalinan, penolong, transportasi, calon donor darah, serta kebutuhan ibu dan bayi. Dengan rencana yang jelas, keluarga dapat segera bertindak tanpa harus menunggu atau berdiskusi panjang ketika komplikasi terjadi.

Dukungan Keluarga

Keluarga, terutama suami, memiliki peran besar dalam mempercepat pengambilan keputusan. Dukungan emosional, finansial, dan praktis akan membuat ibu lebih patuh terhadap

anjuran tenaga kesehatan. Keluarga yang kompak dan siap menghadapi persalinan akan lebih cepat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan bila ada tanda bahaya, sehingga keterlambatan dapat dihindari.

1. Pencegahan Terlambat Mencapai Fasilitas Kesehatan

Keamanan persalinan sangat bergantung pada kecepatan ibu hamil dalam mencapai fasilitas kesehatan ketika terjadi tanda bahaya atau saat proses persalinan dimulai. Keterlambatan menuju fasilitas kesehatan sering kali menjadi penyebab meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Oleh karena itu, pencegahan keterlambatan ini harus menjadi prioritas dalam perencanaan persalinan yang aman.

Faktor Penyebab Keterlambatan Keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain jarak yang jauh, kondisi geografis yang sulit, keterbatasan transportasi, serta hambatan ekonomi. Selain itu, kurangnya pengetahuan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan juga dapat membuat mereka menunda mencari pertolongan. Hambatan komunikasi dan koordinasi antar fasilitas kesehatan juga memperburuk situasi ketika rujukan diperlukan.

Upaya Pencegahan Pencegahan keterlambatan menuju fasilitas kesehatan dapat dilakukan melalui perencanaan transportasi sejak masa kehamilan. Keluarga perlu menyiapkan kendaraan atau alternatif transportasi yang dapat digunakan sewaktu-waktu. Selain itu, edukasi tentang tanda bahaya kehamilan dan persalinan harus diberikan secara intensif agar keluarga segera mengambil tindakan ketika kondisi darurat terjadi. Dukungan masyarakat, seperti adanya sistem transportasi desa atau ambulans siaga, juga sangat membantu mempercepat akses ke fasilitas kesehatan.

Peran Sistem Rujukan yang cepat dan efektif menjadi kunci dalam mencegah keterlambatan. Fasilitas kesehatan primer harus memiliki mekanisme komunikasi yang jelas dengan rumah sakit rujukan, sehingga ibu dapat segera dipindahkan bila terjadi komplikasi. Ketersediaan transportasi rujukan, kesiapan tenaga kesehatan, serta koordinasi lintas sektor akan mempercepat proses penanganan.

Pencegahan keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan membutuhkan sinergi antara ibu, keluarga, tenaga kesehatan, masyarakat, dan pemerintah. Dengan perencanaan matang, edukasi yang baik, dukungan keluarga, serta sistem rujukan yang efektif, keselamatan ibu dan bayi dapat lebih terjamin. Upaya ini harus menjadi bagian integral dari program kesehatan ibu dan anak untuk menurunkan angka kematian maternal dan neonatal.

2. Pencegahan Terlambat Mendapat Pelayanan Kesehatan yang Adekuat

Keterlambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang adekuat sering kali menjadi faktor penentu keselamatan ibu dan bayi. Kondisi ini dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang tanda bahaya, keterbatasan fasilitas, atau lambatnya sistem rujukan. Oleh karena itu, pencegahan harus dilakukan secara menyeluruh dengan melibatkan ibu, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

Langkah pertama adalah edukasi yang berkesinambungan kepada ibu hamil dan keluarganya mengenai tanda bahaya kehamilan dan persalinan. Dengan pengetahuan yang cukup, keluarga dapat segera mencari pertolongan tanpa menunda. Edukasi ini dapat diberikan melalui kelas ibu hamil, konseling antenatal, maupun penyuluhan di masyarakat.

Selanjutnya, perencanaan persalinan yang matang menjadi kunci agar pelayanan kesehatan dapat segera diakses. Perencanaan meliputi penentuan tempat persalinan, penolong, transportasi, calon donor darah, serta kebutuhan ibu dan bayi. Dengan persiapan yang jelas, keluarga tidak akan bingung ketika menghadapi kondisi darurat.

Selain itu, dukungan keluarga dan masyarakat sangat penting dalam mempercepat akses pelayanan. Suami dan anggota keluarga harus siap mengambil keputusan cepat, sementara masyarakat dapat membantu menyediakan transportasi darurat atau menghubungkan dengan tenaga kesehatan. Dukungan ini memperkuat kesiapsiagaan ibu dalam menghadapi persalinan.

Terakhir, sistem rujukan yang efektif harus dipastikan berjalan dengan baik. Fasilitas kesehatan primer harus memiliki mekanisme komunikasi yang jelas dengan rumah sakit rujukan, serta transportasi yang siap digunakan. Dengan sistem rujukan yang terstruktur, ibu dapat segera mendapatkan pelayanan sesuai tingkat kebutuhan tanpa hambatan.

Dengan kombinasi edukasi, perencanaan, dukungan keluarga, dan sistem rujukan yang efektif, keterlambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang adekuat dapat dicegah. Hal ini akan meningkatkan keselamatan ibu dan bayi serta menurunkan angka kematian maternal dan neonatal.

Kesiapan Tenaga Kesehatan: **Tenaga terlatih**: Bidan, dokter umum, dan dokter spesialis obstetri harus memiliki kompetensi dalam menangani persalinan normal maupun komplikasi (misalnya perdarahan, eklampsia, distosia). **Pelatihan berkelanjutan**: Program refreshment training, simulasi kasus darurat, dan pelatihan penggunaan peralatan obstetri. **Distribusi merata**:

Tenaga kesehatan harus tersedia di fasilitas primer (puskesmas, klinik) hingga rujukan (RSUD, RS ibu dan anak). **Kesiapan mental dan fisik**: Tenaga kesehatan perlu memiliki kesiapan kerja 24 jam dengan sistem shift, serta dukungan psikososial agar tetap tanggap dalam kondisi darurat.

Kesiapan obat-obatan esensial **Obat uterotonika**: Oksitosin, misoprostol untuk pencegahan dan penanganan perdarahan postpartum. **Antikonvulsan**: Magnesium sulfat untuk eklampsia. **Antibiotik esensial**: Untuk mencegah dan mengatasi infeksi. **Cairan intravena dan darah**: Ketersediaan cairan resusitasi dan akses ke bank darah. **Obat emergensi lain**: Adrenalin, antihipertensi, analgesik.

Kesiapan Sarana dan Peralatan Obstetri **Peralatan dasar persalinan**: Partus set steril, alat jahit, suction, lampu penerangan. **Alat monitoring**: Doppler/CTG, tensimeter, termometer, pulse oximeter.**Peralatan resusitasi ibu dan bayi**: Ambu bag, oksigen, incubator, radiant warmer. **Sarana rujukan**: Ambulans dengan fasilitas emergensi, sistem komunikasi cepat (telepon, radio, aplikasi rujukan). **Fasilitas pendukung**: Ruang bersalin yang bersih, ruang operasi, ICU maternal/neonatal bila diperlukan. Inti Pencegahan Kesiapan tenaga dan sarana bukan hanya soal ketersediaan, tetapi juga **fungsi yang optimal**: tenaga yang kompeten, obat-obatan yang selalu tersedia, serta peralatan yang terawat dan siap digunakan. Dengan kombinasi ini, keterlambatan pelayanan dapat diminimalkan sehingga persalinan berlangsung aman.

D. Penutup

Persiapan persalinan aman merupakan proses perencanaan yang dilakukan sejak masa kehamilan untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi selama persalinan. Keamanan persalinan dipengaruhi oleh faktor ibu, keluarga, sosial ekonomi, pelayanan kesehatan, dan sistem rujukan. Strategi persiapan persalinan aman berbasis bukti meliputi optimalisasi ANC, pelaksanaan P4K, peningkatan edukasi kesehatan, pelibatan keluarga, penguatan sistem rujukan, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, serta optimalisasi pelayanan obstetri dan neonatal emergensi. Implementasi strategi tersebut secara komprehensif dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi

Referensi

Actis Danna, V., Bedwell, C., Wakasiaka, S., & Lavender, T. (2020). Utility of the three-delays model and its potential for supporting a solution-based approach to accessing intrapartum care. Global Health Action, 13(1), 1819052. https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1819052

Al Hashmi, I., & Al Omari, O. (2025). Achieving WHO-recommended obstetric triage to resolve the third delay. Evidence-Based Nursing. https://doi.org/10.1136/ebnurs-2025-104491

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2018). Williams Obstetrics (25th ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Dafroyati, Y., Harming, R., & Widyastuti, R. (2023). Penyebab Kematian Ibu Berdasarkan Model Tiga Keterlambatan. Jakarta: Unesco Publishing.

Indarti, J., Solihin, A., Suastika, V., Wardhani, D. P., Ramadhani, M. T., Afdi, Q. F., Syafitri, S. M., Ikhsan, M., & Alda, K. (2021). Three-Delay Model on Maternal Mortality Cases in Tertiary Referral Hospital in Indonesia. EJournal Kedokteran Indonesia, 9(2), 99–104. https://doi.org/10.23886/ejki.9.60.99

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Pedoman Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Pedoman Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Jakarta: Kemenkes RI

Kurniasari, R., & Dewi, N. (2020). Psychological preparation of mothers in facing childbirth. Indonesian Journal of Midwifery, 8(2), 45–52.

Pillitteri, A. (2022). Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rahmawati, S. (2019). Family support and maternal outcomes in childbirth. Journal of Maternal Health, 7(1), 12–20.

World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2021). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023). Improving maternal health and reducing maternal mortality. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Strategies toward ending preventable maternal mortality. Geneva: World Health Organization.

ISSN 3063-4946

BAB VIII

Kehamilan pada Usia Risiko Tinggi

Dr. Mukhoirotin, S.Kep.,Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang menyebabkan berbagai adaptasi sistem tubuh ibu untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Meskipun sebagian besar kehamilan berlangsung normal, sebagian ibu memiliki kondisi tertentu yang meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi maternal maupun neonatal. Kehamilan risiko tinggi (high-risk pregnancy) didefinisikan sebagai kehamilan yang memiliki kemungkinan lebih besar mengalami morbiditas atau mortalitas pada ibu, janin, atau keduanya dibandingkan dengan kehamilan normal. Dalam konteks keperawatan maternitas, kondisi ini membutuhkan pengkajian komprehensif, pemantauan berkelanjutan, edukasi kesehatan, serta intervensi keperawatan yang tepat untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan luaran kehamilan (AWHONN, 2023; Lowdermilk et al., 2023).

Usia maternal merupakan salah satu faktor biologis yang berperan penting dalam menentukan tingkat risiko kehamilan. Kehamilan pada usia terlalu muda (<20 tahun) maupun usia lanjut (>35 tahun) dikategorikan sebagai kelompok yang membutuhkan perhatian khusus karena berkaitan dengan perubahan fisiologis, kesiapan reproduksi, kondisi psikososial, serta peningkatan kemungkinan komplikasi. Pada usia lanjut maternal, perubahan fungsi reproduksi, peningkatan penyakit kronis, serta perubahan vaskular dapat meningkatkan risiko hipertensi kehamilan, diabetes gestasional, persalinan prematur, gangguan pertumbuhan janin, dan komplikasi persalinan (Hochler et al., 2023).

Kehamilan pada usia risiko tinggi tidak berarti bahwa komplikasi pasti terjadi. Istilah tersebut menunjukkan bahwa kehamilan memerlukan pengkajian lebih komprehensif, pemantauan lebih ketat, edukasi individual, dan kolaborasi interprofesional karena probabilitas terjadinya masalah lebih tinggi dibandingkan kelompok usia reproduksi yang lebih optimal. Faktor usia juga harus dinilai bersama status kesehatan, penyakit penyerta, status gizi, paritas,

kondisi obstetri, dukungan keluarga, akses pelayanan kesehatan, dan kondisi sosial ekonomi ibu (ACOG & SMFM, 2022; Perry et al., 2022).

Perawat maternitas memiliki peran strategis dalam sistem pelayanan kesehatan ibu karena menjadi tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan ibu selama periode antenatal, intrapartum, dan postpartum. Peran tersebut mencakup deteksi dini faktor risiko, pengkajian kondisi fisik dan psikologis ibu, pemantauan kesejahteraan janin, pemberian pendidikan kesehatan, dukungan emosional, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pengambilan keputusan klinis. Pendekatan keperawatan yang berpusat pada keluarga (family-centered maternity care) menjadi penting karena kehamilan risiko tinggi tidak hanya berdampak pada ibu, tetapi juga memengaruhi kesiapan keluarga dalam menghadapi kemungkinan komplikasi (AWHONN, 2024).

B. Konsep Dasar Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah kondisi kehamilan ketika terdapat faktor maternal, fetal, atau lingkungan yang meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Faktor risiko tersebut dapat berasal dari karakteristik ibu seperti usia, riwayat obstetri, penyakit penyerta, status nutrisi, kondisi psikologis, maupun faktor sosial ekonomi. Identifikasi risiko sejak awal kehamilan memungkinkan tenaga kesehatan melakukan perencanaan pemantauan dan intervensi secara lebih efektif (Murray & McKinney, 2017).

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang memiliki kondisi atau faktor tertentu yang meningkatkan kemungkinan terjadinya kesakitan, kecacatan, komplikasi, atau kematian pada ibu, janin, maupun bayi. Risiko dapat sudah ada sebelum kehamilan, muncul selama kehamilan, atau berkembang ketika persalinan dan masa nifas berlangsung (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Berdasarkan usia, kehamilan yang memerlukan perhatian khusus meliputi: 1) Kehamilan remaja atau usia kurang dari 20 tahun; 2) Kehamilan usia maternal lanjut, yaitu usia 35 tahun atau lebih pada saat perkiraan persalinan; 3) Risiko yang lebih tinggi dapat ditemukan pada usia 40 tahun atau lebih, tetapi peningkatan risiko bersifat bertahap dan tidak tiba-tiba muncul tepat ketika ibu berusia 35 tahun.

WHO mendefinisikan remaja sebagai individu berusia 10–19 tahun, sedangkan ACOG menggunakan usia 35 tahun atau lebih pada saat persalinan sebagai batas operasional usia maternal lanjut. Meskipun demikian, keputusan klinis tidak boleh hanya didasarkan pada batas

usia, tetapi harus mempertimbangkan kondisi individual dan faktor risiko lain (ACOG & SMFM, 2022; WHO, 2024).

Dalam keperawatan maternitas, kehamilan risiko tinggi tidak hanya dipandang sebagai masalah medis, tetapi sebagai kondisi yang memerlukan pendekatan holistik. Perawat perlu mempertimbangkan aspek biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual ibu karena faktor-faktor tersebut dapat memengaruhi kemampuan ibu dalam beradaptasi terhadap kehamilan serta kepatuhan terhadap perawatan kesehatan. Oleh karena itu, proses keperawatan menjadi dasar utama dalam memberikan asuhan yang aman dan efektif. (Lowdermilk et al., 2023).

C. Kehamilan Berdasarkan Kelompok Usia Risiko

1. Kehamilan Usia Muda (<20 Tahun)

   Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada perempuan berusia 10–19 tahun. Kelompok ini tidak bersifat homogen karena risiko pada remaja berusia sangat muda dapat berbeda dari remaja berusia 18–19 tahun. Tingkat kematangan biologis, status gizi, usia ginekologis, kondisi sosial, pendidikan, status perkawinan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan turut menentukan hasil kehamilan (Amoadu et al., 2022; WHO, 2024).

   Kehamilan remaja sering berhubungan dengan kemiskinan, perkawinan anak, keterbatasan pendidikan kesehatan reproduksi, hambatan akses kontrasepsi, relasi gender yang tidak setara, kekerasan seksual, dan rendahnya kemampuan remaja menentukan keputusan reproduksinya. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa jalur menuju kehamilan remaja sangat beragam serta berkaitan dengan perkawinan anak, stigma terhadap hubungan seksual pranikah, norma gender, kekerasan, dan hambatan memperoleh kontrasepsi (Ayuandini et al., 2023; WHO, 2024).

   Dari perspektif keperawatan maternitas, ibu hamil usia muda membutuhkan pengkajian khusus terkait status nutrisi, tingkat pengetahuan mengenai kehamilan, dukungan keluarga, kesiapan menjadi orang tua, serta kondisi psikologis seperti kecemasan dan stres. Perawat berperan memberikan edukasi mengenai nutrisi kehamilan, tanda bahaya kehamilan, kepatuhan pemeriksaan antenatal, serta membangun mekanisme koping positif pada ibu remaja.

2. Kehamilan Usia Lanjut (>35 Tahun)

Usia maternal lanjut atau *advanced maternal age* merupakan kehamilan dengan perkiraan usia ibu 35 tahun atau lebih pada saat persalinan. Usia 35 tahun adalah batas yang digunakan untuk membantu stratifikasi risiko, tetapi bukan batas biologis absolut. Risiko komplikasi meningkat secara bertahap seiring bertambahnya usia dan umumnya menjadi lebih nyata pada usia 40 tahun atau lebih (ACOG & SMFM, 2022; Gantt et al., 2023).

Kehamilan pada usia lebih tua dapat terjadi karena penundaan perkawinan, pendidikan dan karier, faktor ekonomi, penggunaan teknologi reproduksi berbantu, perubahan pola keluarga, atau kehamilan yang tidak direncanakan. Pada kelompok ini, risiko tidak hanya berasal dari proses penuaan reproduksi, tetapi juga meningkatnya kemungkinan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, obesitas, penyakit kardiovaskular, dan gangguan tiroid (ACOG & SMFM, 2022; Lowdermilk et al., 2023).

Usia maternal lanjut, yang secara operasional didefinisikan sebagai usia ≥35 tahun pada saat persalinan, berhubungan dengan peningkatan risiko komplikasi maternal dan perinatal. Sejumlah studi kohort besar menunjukkan bahwa kelompok ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami diabetes gestasional, hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, persalinan dengan operasi sesar, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, kelainan kongenital, kematian janin intrauterin, serta penerimaan bayi di neonatal intensive care unit. Besarnya risiko meningkat secara bertahap dan umumnya menjadi lebih nyata pada usia ≥40 dan ≥45 tahun, khususnya jika disertai obesitas, penyakit kronis, nulliparitas, atau kehamilan multipel (Hochler et al., 2023; Huang et al., 2023; Machado-Gédéon et al., 2023; Zhou et al., 2023). Oleh karena itu, kehamilan pada usia maternal lanjut memerlukan pengkajian individual, pemantauan antenatal berbasis tingkat risiko, evaluasi pertumbuhan dan kesejahteraan janin, serta kolaborasi interprofesional sesuai kondisi ibu dan janin (ACOG & SMFM, 2022).

D. Faktor-Faktor yang Memperberat Risiko Kehamilan pada Usia Risiko Tinggi

Faktor yang memperberat risiko adalah keadaan biologis, obstetri, medis, psikologis, perilaku, sosial, atau pelayanan kesehatan yang berinteraksi dengan usia ibu sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi selama kehamilan, persalinan, nifas, maupun pada janin dan bayi. Dengan demikian, usia kurang dari 20 tahun atau 35 tahun ke atas

bukan satu-satunya penentu; risiko akan menjadi lebih besar ketika usia tersebut disertai anemia, penyakit kronis, masalah gizi, riwayat obstetri buruk, kehamilan ganda, perilaku tidak sehat, atau akses pelayanan yang terbatas (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Hubungan antarfaktor risiko umumnya bersifat kumulatif dan dapat pula bersifat sinergis. Sebagai contoh, remaja hamil yang mengalami anemia, kekurangan gizi, dan terlambat memperoleh antenatal care memiliki risiko lebih besar dibandingkan remaja hamil yang status gizinya baik dan memperoleh pelayanan sejak trimester pertama. Demikian pula, ibu berusia ≥35 tahun dengan obesitas, hipertensi, dan diabetes memiliki risiko jauh lebih tinggi daripada ibu dengan usia yang sama tetapi tanpa penyakit penyerta (Hochler et al., 2023; Nam et al., 2022).

Beberapa factor yang memperberat risiko kehamilan pada usia risiko tinggi, dijelaskan sebagai berikut:

1. Usia yang semakin ekstrem

   Pada kelompok remaja, usia yang semakin muda—terutama di bawah 16 tahun—dapat memperberat risiko karena pertumbuhan fisik dan kematangan reproduksi belum selesai. Ibu remaja yang masih mengalami pertumbuhan membutuhkan energi dan zat gizi untuk dirinya sendiri, sementara kehamilan juga meningkatkan kebutuhan nutrisi bagi pertumbuhan plasenta dan janin. Keadaan tersebut dapat menciptakan kompetisi biologis antara kebutuhan pertumbuhan ibu dan janin, terutama apabila asupan makanan tidak mencukupi (Akseer et al., 2022; Perry et al., 2022).

   Pada usia maternal lanjut, risiko juga meningkat bertahap. Kehamilan pada usia 35–39 tahun memiliki profil risiko yang berbeda dari kehamilan usia ≥40 atau ≥45 tahun. Bertambahnya usia berkaitan dengan penurunan kualitas oosit, peningkatan kelainan kromosom, gangguan fungsi vaskular dan plasenta, serta meningkatnya prevalensi penyakit kronis. Oleh karena itu, usia 35 tahun sebaiknya dipahami sebagai titik awal stratifikasi risiko, bukan batas biologis yang mutlak (ACOG & SMFM, 2022; Machado-Gédéon et al., 2023).

2. Status gizi yang tidak optimal

   a. Kekurangan energi dan protein

      Kekurangan energi kronis menyebabkan cadangan energi ibu tidak memadai untuk mendukung peningkatan volume darah, pertumbuhan uterus, plasenta, payudara, dan janin. Kondisi tersebut dapat meningkatkan kemungkinan pertambahan berat badan yang tidak adekuat, gangguan pertumbuhan janin, bayi

kecil untuk masa kehamilan, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan menurunnya kemampuan ibu menghadapi persalinan (Akseer et al., 2022; Perry et al., 2022).

Risiko kekurangan energi lebih penting diperhatikan pada ibu remaja karena tubuhnya mungkin masih membutuhkan zat gizi untuk pertumbuhan tulang, otot, dan organ. Faktor seperti kemiskinan, pola makan tidak teratur, pantangan makanan, mual-muntah berlebihan, gangguan makan, atau kurangnya pengetahuan gizi dapat semakin menurunkan asupan nutrisi (Akseer et al., 2022; Amoadu et al., 2022).

b. Anemia

Anemia pada kehamilan, khususnya anemia defisiensi besi, mengurangi kemampuan darah membawa oksigen ke jaringan ibu dan janin. Akibatnya, ibu dapat mengalami kelelahan, lemah, pusing, intoleransi aktivitas, sesak, dan penurunan kapasitas menghadapi kehilangan darah saat persalinan. Pada kondisi berat, anemia dapat memperburuk risiko dekompensasi kardiovaskular, transfusi darah, infeksi, kelahiran prematur, dan berat badan lahir rendah (Perry et al., 2022; Zhang et al., 2022).

Anemia sering tidak berdiri sendiri. Faktor yang berkaitan meliputi rendahnya keragaman makanan, kurangnya konsumsi zat besi dan folat, ketidakpatuhan terhadap suplementasi, infeksi parasit, malaria di daerah endemis, jarak kehamilan terlalu dekat, usia remaja, pendidikan rendah, kerawanan pangan, dan keterbatasan antenatal care. Kombinasi faktor tersebut dapat memperberat risiko kehamilan secara kumulatif (Dagne et al., 2026; Perry et al., 2022).

3. Kelebihan berat badan dan obesitas

Obesitas sebelum kehamilan meningkatkan resistensi insulin, inflamasi sistemik, gangguan fungsi endotel, dan beban kerja kardiovaskular. Kondisi tersebut meningkatkan kemungkinan diabetes gestasional, hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, tromboemboli, makrosomia, gangguan persalinan, tindakan operatif, infeksi luka, perdarahan pascapersalinan, dan kelahiran mati (Akselsson, 2024; Lowdermilk et al., 2023).

Obesitas memiliki pengaruh yang lebih penting pada ibu usia lanjut karena kedua faktor tersebut sama-sama berkaitan dengan hipertensi, resistensi insulin, dan gangguan vaskular. Penelitian menunjukkan bahwa obesitas, diabetes, dan gangguan hipertensi lebih sering ditemukan seiring peningkatan usia maternal sehingga

penggabungan faktor-faktor ini memerlukan pemantauan lebih ketat (ACOG & SMFM, 2022; Hochler et al., 2023).

4. Penyakit kronis sebelum kehamilan

a. Hipertensi kronis

Hipertensi kronis dapat memperberat kehamilan karena tekanan darah yang terus meningkat merusak endotel dan mengganggu perfusi uteroplasenta. Aliran darah yang tidak optimal menuju plasenta dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, solusio plasenta, kelahiran prematur, dan kematian janin. Pada ibu, hipertensi kronis meningkatkan risiko preeklamsia superimposed, stroke, gagal jantung, gangguan ginjal, dan komplikasi organ lainnya (ACOG & SMFM, 2022; Lowdermilk et al., 2023).

Hipertensi lebih sering ditemukan pada ibu usia ≥35 tahun dibandingkan ibu yang lebih muda. Karena itu, kombinasi usia maternal lanjut dan hipertensi memerlukan evaluasi tekanan darah, fungsi ginjal, proteinuria, penggunaan obat, pertumbuhan janin, dan tanda preeklamsia secara lebih ketat. Tidak semua obat antihipertensi aman digunakan selama kehamilan sehingga peninjauan obat sebelum atau segera setelah kehamilan diketahui sangat penting (ACOG & SMFM, 2022; Perry et al., 2022).

b. Diabetes melitus

Diabetes yang sudah ada sebelum kehamilan maupun diabetes gestasional dapat menyebabkan kadar glukosa maternal tinggi. Glukosa melewati plasenta dan merangsang produksi insulin janin sehingga meningkatkan pertumbuhan berlebihan atau makrosomia. Dampaknya dapat berupa distosia bahu, trauma lahir, persalinan sesar, hipoglikemia neonatal, gangguan pernapasan bayi, dan kebutuhan perawatan intensif neonatal (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Pada diabetes prakehamilan yang tidak terkontrol sejak masa konsepsi, risiko keguguran dan kelainan bawaan janin meningkat karena organ janin terbentuk pada awal kehamilan. Kombinasi diabetes dengan usia ≥35 tahun, obesitas, atau hipertensi dapat semakin meningkatkan risiko preeklamsia, kelahiran prematur, makrosomia, dan tindakan operatif (ACOG & SMFM, 2022; Li et al., 2023).

c. Penyakit jantung

Selama kehamilan, volume darah, curah jantung, dan frekuensi denyut jantung meningkat untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Pada ibu dengan penyakit jantung, perubahan fisiologis tersebut dapat melampaui kemampuan kompensasi jantung sehingga menyebabkan sesak, edema paru, aritmia, gagal jantung, hipoksia, dan gangguan perfusi uteroplasenta. Persalinan dan periode segera setelah persalinan juga berisiko karena terjadi perubahan cairan dan beban sirkulasi secara cepat (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

d. Penyakit ginjal, tiroid, autoimun, dan gangguan darah

Penyakit ginjal dapat meningkatkan risiko hipertensi, preeklamsia, anemia, gangguan elektrolit, gangguan pertumbuhan janin, dan persalinan prematur. Gangguan tiroid yang tidak terkontrol dapat memengaruhi metabolisme ibu serta perkembangan neurologis janin, sedangkan penyakit autoimun dapat meningkatkan risiko trombosis, gangguan plasenta, keguguran, dan kelahiran prematur. Gangguan pembekuan darah juga dapat meningkatkan kemungkinan tromboemboli atau perdarahan (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

5. Riwayat obstetri yang buruk

Riwayat keguguran berulang, lahir mati, preeklamsia, diabetes gestasional, perdarahan, kelahiran prematur, bayi berat lahir rendah, gangguan pertumbuhan janin, dan kematian neonatal dapat meningkatkan kemungkinan masalah yang sama berulang pada kehamilan berikutnya. Riwayat tersebut dapat menunjukkan adanya penyakit maternal, kelainan uterus, gangguan plasenta, faktor genetik, atau masalah pelayanan yang belum terselesaikan (Perry et al., 2022; Tedde et al., 2024).

Pada ibu usia lanjut, riwayat keguguran menjadi sangat penting karena penurunan kualitas oosit dan peningkatan kelainan kromosom terjadi seiring bertambahnya usia. Ibu yang pernah mengalami keguguran atau kematian janin juga dapat mengalami kecemasan tinggi pada kehamilan berikutnya sehingga diperlukan pengkajian fisik sekaligus dukungan psikologis (ACOG & SMFM, 2022; Hochler et al., 2023).

6. Paritas tinggi

Paritas tinggi, khususnya persalinan berulang dalam jumlah banyak, dapat meningkatkan risiko anemia, kelainan letak janin, plasenta previa, atonia uteri, dan perdarahan pascapersalinan. Peregangan uterus berulang dapat menurunkan kemampuan kontraksi uterus setelah plasenta lahir sehingga pembuluh darah pada

tempat implantasi plasenta tidak terjepit secara efektif (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Paritas tinggi sering ditemukan bersamaan dengan usia maternal lanjut. Kombinasi keduanya dapat meningkatkan kompleksitas kehamilan karena ibu mungkin memiliki penyakit kronis, riwayat operasi sesar, anemia, atau riwayat komplikasi obstetri. Oleh karena itu, penilaian tidak cukup hanya mencatat jumlah persalinan, tetapi juga perlu menilai hasil dan komplikasi setiap kehamilan sebelumnya (ACOG & SMFM, 2022; Perry et al., 2022).

7. Jarak kehamilan terlalu dekat

Jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat menyebabkan tubuh ibu belum sepenuhnya memulihkan cadangan zat besi, folat, energi, dan kondisi organ reproduksi setelah persalinan sebelumnya. Keadaan ini disebut juga hipotesis deplesi maternal. Akibatnya, risiko anemia, ketuban pecah sebelum waktunya, kelahiran prematur, bayi kecil untuk masa kehamilan, dan berat badan lahir rendah dapat meningkat (Perry et al., 2022; Wang et al., 2022).

Pada ibu dengan riwayat operasi sesar, jarak kehamilan yang sangat dekat juga dapat mengurangi waktu pemulihan jaringan parut uterus. Sementara itu, pada ibu usia ≥35 tahun, perencanaan jarak kehamilan harus dilakukan secara individual karena menunda terlalu lama juga dapat meningkatkan risiko yang berkaitan dengan pertambahan usia. Konseling perlu menyeimbangkan pemulihan maternal, kesuburan, riwayat obstetri, dan rencana reproduksi ibu (ACOG & SMFM, 2022; Mühlrad et al., 2022).

8. Riwayat operasi sesar atau pembedahan uterus

Riwayat operasi sesar dapat meningkatkan risiko plasenta previa, plasenta akreta spektrum, perlengketan, ruptur uterus, perdarahan, transfusi, dan operasi sesar berulang. Risiko gangguan implantasi plasenta cenderung meningkat apabila jumlah operasi sesar sebelumnya semakin banyak, khususnya jika pada kehamilan berikutnya terdapat plasenta previa. Riwayat pembedahan lain pada uterus, seperti miomektomi, juga perlu dikaji karena dapat memengaruhi kekuatan dinding uterus dan pilihan metode persalinan. Perawat harus mengetahui jenis operasi, jumlah tindakan, lokasi sayatan, komplikasi sebelumnya, dan ketersediaan catatan medis untuk mendukung perencanaan persalinan yang aman (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

9. Kehamilan ganda

Kehamilan kembar meningkatkan kebutuhan metabolik dan beban fisiologis ibu. Peregangan uterus yang lebih besar dan kebutuhan plasenta yang meningkat dapat meningkatkan risiko anemia, hiperemesis, hipertensi, preeklamsia, diabetes gestasional, persalinan prematur, malpresentasi, operasi sesar, dan perdarahan pascapersalinan. Pada janin, dapat terjadi gangguan pertumbuhan, prematuritas, dan kebutuhan perawatan intensif neonatal (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Kehamilan ganda lebih sering ditemukan pada ibu usia lanjut yang menggunakan teknologi reproduksi berbantu. Kombinasi usia maternal lanjut, kehamilan ganda, dan penyakit penyerta menjadikan pemantauan tekanan darah, pertumbuhan janin, tanda persalinan prematur, status nutrisi, dan kesejahteraan psikologis semakin penting (ACOG & SMFM, 2022; Hochler et al., 2023).

10. Infeksi

Infeksi saluran kemih, infeksi menular seksual, HIV, hepatitis, malaria, dan infeksi sistemik lainnya dapat memperberat kehamilan. Infeksi dapat menyebabkan inflamasi, demam, anemia, ketuban pecah sebelum waktunya, persalinan prematur, infeksi intrauterin, gangguan pertumbuhan, serta penularan dari ibu kepada bayi (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Remaja memiliki kerentanan tambahan terhadap infeksi menular seksual akibat keterbatasan informasi, rendahnya posisi tawar dalam hubungan, akses kontrasepsi penghalang yang terbatas, atau kekerasan seksual. Penelitian berskala besar menemukan peningkatan kejadian infeksi klamidia dan gonore pada kehamilan remaja sehingga pengkajian seksual dan skrining harus dilakukan secara privat, sensitif, dan tidak menghakimi (Ayuandini et al., 2023; Eliner et al., 2022).

11. Merokok, alkohol, narkotika, dan paparan lingkungan

Nikotin dan karbon monoksida dari rokok dapat mengurangi oksigenasi serta mengganggu perfusi plasenta. Merokok selama kehamilan berhubungan dengan gangguan pertumbuhan janin, berat badan lahir rendah, masalah plasenta, kelahiran prematur, dan kematian perinatal. Paparan asap rokok dari anggota keluarga juga harus dikaji karena ibu dapat menjadi perokok pasif (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Alkohol dapat melewati plasenta dan mengganggu perkembangan sistem saraf janin. Tidak terdapat batas konsumsi alkohol yang dinyatakan aman selama kehamilan. Penggunaan narkotika atau zat psikoaktif juga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, kelahiran prematur, abrupsio plasenta, gangguan

neurologis, dan gejala putus zat pada bayi. Pengkajian harus dilakukan tanpa stigma agar ibu bersedia mengungkapkan penggunaan zat dan menerima pertolongan (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

12. Penggunaan obat tanpa pengawasan

    Obat bebas, obat resep, obat tradisional, jamu, suplemen, dan produk herbal dapat memengaruhi ibu atau janin. Risiko ditentukan oleh jenis zat, dosis, lama penggunaan, usia kehamilan saat terpapar, serta kondisi kesehatan ibu. Paparan pada trimester pertama perlu diperhatikan karena periode tersebut merupakan masa pembentukan organ janin. Perawat perlu meminta ibu menyebutkan seluruh obat dan produk yang dikonsumsi, bukan hanya obat yang diresepkan. Ibu tidak dianjurkan menghentikan obat penyakit kronis secara tiba-tiba tanpa konsultasi karena penyakit yang tidak terkontrol juga dapat membahayakan ibu dan janin. Tindakan yang tepat adalah melakukan rekonsiliasi obat dan berkolaborasi dengan dokter atau apoteker (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

13. Kehamilan tidak direncanakan

    Kehamilan tidak direncanakan dapat menyebabkan keterlambatan menyadari kehamilan, keterlambatan memulai antenatal care, tidak mengonsumsi folat sejak awal, masih menggunakan obat yang berpotensi berisiko, atau masih melakukan perilaku tidak sehat. Kondisi ini dapat ditemukan pada remaja maupun perempuan usia lanjut yang menganggap dirinya sudah kurang subur (Ayuandini et al., 2023; Lowdermilk et al., 2023).

    Kehamilan tidak direncanakan juga dapat menimbulkan ambivalensi, konflik pasangan, penolakan keluarga, kecemasan, atau kesulitan menerima peran sebagai ibu. Respons tersebut tidak boleh langsung dianggap sebagai gangguan; perawat perlu mengkaji penerimaan ibu, kebutuhan informasi, keselamatan, dukungan sosial, dan kemungkinan tekanan atau kekerasan dari pasangan maupun keluarga (Ayuandini et al., 2023; Wu et al., 2021).

14. Gangguan psikologis

    Kecemasan, depresi, trauma, stres kronis, dan rendahnya kemampuan koping dapat mengurangi kemampuan ibu merawat diri, mengikuti pemeriksaan, memenuhi nutrisi, beristirahat, dan mematuhi pengobatan. Gangguan psikologis yang tidak ditangani juga dapat meningkatkan risiko penggunaan zat, konflik keluarga, gangguan ikatan ibu–janin, depresi pascapersalinan, dan kesulitan merawat bayi (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Remaja hamil dapat mengalami konflik perkembangan karena harus membentuk identitas pribadi sekaligus menjalankan peran sebagai ibu. Sementara itu, ibu usia lanjut dapat mengalami kecemasan mengenai keguguran, kelainan kromosom, penyakit penyerta, dan keselamatan persalinan. Skrining kesehatan mental perlu disertai penilaian risiko bunuh diri, kekerasan, dukungan keluarga, dan mekanisme koping (Perry et al., 2022; Wu et al., 2021).

15. Kekerasan dan ketidakamanan dalam hubungan

    Kekerasan fisik dapat menyebabkan trauma abdomen, perdarahan, solusio plasenta, ketuban pecah, persalinan prematur, cedera janin, bahkan kematian ibu dan janin. Kekerasan seksual meningkatkan risiko infeksi menular seksual dan kehamilan tidak direncanakan, sedangkan kekerasan emosional serta kontrol ekonomi dapat menghambat ibu memperoleh makanan, obat, transportasi, dan pemeriksaan kesehatan. Remaja sangat rentan mengalami hubungan yang tidak setara karena perbedaan usia, ketergantungan ekonomi, perkawinan anak, dan rendahnya kemampuan mengambil keputusan. Pengkajian harus dilakukan secara pribadi tanpa kehadiran pasangan atau keluarga, menggunakan pertanyaan yang tidak menyalahkan korban, dan dilanjutkan dengan rencana keselamatan serta rujukan sesuai peraturan yang berlaku (Ayuandini et al., 2023; WHO, 2024).

16. Dukungan keluarga yang tidak memadai

    Dukungan keluarga memengaruhi kemampuan ibu memperoleh makanan, transportasi, biaya pelayanan, bantuan aktivitas sehari-hari, informasi kesehatan, dan dukungan emosional. Kurangnya dukungan dapat meningkatkan stres, ketidakteraturan kunjungan antenatal, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, dan kesulitan mempersiapkan persalinan (Eliner et al., 2022; Wu et al., 2021).

    Pada remaja, penolakan keluarga dapat menyebabkan kehamilan disembunyikan, penghentian sekolah, isolasi sosial, atau keterlambatan mencari pertolongan. Pada ibu usia lanjut, dukungan keluarga juga penting karena ibu mungkin memiliki tanggung jawab mengasuh anak lain, merawat orang tua, bekerja, atau menjalani pengobatan penyakit kronis (Ayuandini et al., 2023; Lowdermilk et al., 2023).

17. Kemiskinan dan pendidikan rendah

Keterbatasan ekonomi dapat memengaruhi kualitas makanan, kondisi tempat tinggal, transportasi, kemampuan membeli obat, dan akses ke fasilitas rujukan. Kemiskinan juga dapat meningkatkan paparan pekerjaan berat, lingkungan tidak sehat, kerawanan pangan, dan stres kronis. Faktor-faktor tersebut menjadi jalur tidak langsung yang memperberat risiko klinis kehamilan (Eliner et al., 2022; Souza et al., 2024).

Pendidikan yang rendah tidak selalu berarti ibu tidak mampu merawat kehamilan, tetapi dapat berkaitan dengan terbatasnya kesempatan memperoleh informasi kesehatan yang akurat. Materi edukasi perlu menggunakan bahasa sederhana, metode *teach-back*, gambar, demonstrasi, dan pengulangan agar ibu benar-benar memahami tanda bahaya serta rencana tindak lanjut (Perry et al., 2022; Wu et al., 2021).

18. Keterlambatan dan ketidakadekuatan antenatal care

Antenatal care memungkinkan tenaga kesehatan mendeteksi anemia, hipertensi, diabetes, infeksi, gangguan pertumbuhan janin, dan masalah psikososial sebelum berkembang menjadi komplikasi berat. Jika pemeriksaan dimulai terlambat atau dilakukan tidak teratur, kesempatan pencegahan, skrining, pengobatan, edukasi, dan perencanaan rujukan menjadi berkurang (Perry et al., 2022; WHO, 2024).

Pada kehamilan remaja, pelayanan antenatal yang tidak memadai berhubungan dengan peningkatan morbiditas maternal berat. Penyakit penyerta dan pelayanan antenatal yang tidak memadai bahkan dapat memberikan efek sinergis, sehingga risiko menjadi lebih besar daripada pengaruh masing-masing faktor secara terpisah (Eliner et al., 2022; Nam et al., 2022).

19. Keterlambatan rujukan dan keterbatasan fasilitas

Risiko meningkat apabila keluarga terlambat mengenali tanda bahaya, terlambat memutuskan mencari pertolongan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, atau terlambat memperoleh penanganan setelah tiba. Masalah transportasi, jarak, biaya, komunikasi, ketersediaan darah, tenaga terampil, obat emergensi, dan layanan operasi dapat mengubah komplikasi yang semula masih dapat ditangani menjadi kondisi yang mengancam jiwa (Souza et al., 2024; WHO, 2026).

Oleh karena itu, persiapan persalinan tidak hanya mencakup tempat melahirkan. Ibu dan keluarga perlu mengetahui siapa pengambil keputusan, kendaraan yang digunakan, fasilitas rujukan, pendamping, pembiayaan, dokumen, nomor kontak, dan calon donor darah bila diperlukan. Perencanaan tersebut sangat

penting pada ibu usia risiko tinggi karena komplikasi dapat berkembang cepat (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Faktor risiko sebaiknya dipahami sebagai jaringan yang saling memengaruhi. Sebagai contoh, remaja hamil yang putus sekolah mungkin mengalami ketergantungan ekonomi; kondisi tersebut dapat membatasi makanan bergizi dan transportasi; keterbatasan tersebut kemudian menyebabkan anemia dan antenatal care tidak teratur; akhirnya deteksi preeklamsia atau gangguan pertumbuhan janin menjadi terlambat (Ayuandini et al., 2023; Nam et al., 2022).

Pada ibu usia ≥35 tahun, rantai risikonya dapat dimulai dari bertambahnya usia, obesitas, dan resistensi insulin yang meningkatkan kemungkinan diabetes gestasional. Jika disertai hipertensi, risiko gangguan vaskular plasenta, preeklamsia, gangguan pertumbuhan janin, induksi persalinan, dan persalinan sesar dapat meningkat. Karena itu, pengkajian harus menilai kombinasi faktor, bukan menghitung setiap faktor secara terpisah (Hochler et al., 2023; Li et al., 2023).

E. Patofisiologi dan Dasar Peningkatan Risiko

1. Pada Kehamilan Remaja

Pada remaja yang masih mengalami pertumbuhan, kebutuhan zat gizi ibu dapat berkompetisi dengan kebutuhan pertumbuhan janin. Asupan energi, protein, zat besi, folat, kalsium, dan mikronutrien yang tidak mencukupi dapat meningkatkan risiko anemia, pertumbuhan janin terhambat, berat badan lahir rendah, serta persalinan prematur. Risiko tersebut bertambah apabila kehamilan disertai kemiskinan, infeksi, pola makan tidak adekuat, dan keterlambatan pemeriksaan antenatal (Akseer et al., 2022; Perry et al., 2022).

Ketidakmatangan biologis bukan satu-satunya penyebab komplikasi pada kehamilan remaja. Faktor sosial, perilaku, dan pelayanan kesehatan dapat menjadi mediator yang kuat. Oleh karena itu, perawat tidak boleh menyimpulkan bahwa seluruh remaja hamil pasti mengalami komplikasi hanya karena usianya; pengkajian harus mencakup status gizi, penyakit, kematangan psikologis, keamanan lingkungan, dukungan keluarga, dan pemanfaatan layanan kesehatan (Amoadu et al., 2022; Ayuandini et al., 2023).

2. Pada usia maternal lanjut

Bertambahnya usia berkaitan dengan penurunan jumlah dan kualitas oosit. Hal tersebut meningkatkan kemungkinan gangguan pembelahan kromosom, keguguran, dan kelainan kromosom janin. Selain itu, perubahan fungsi vaskular dan meningkatnya prevalensi penyakit metabolik dapat berkontribusi terhadap hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, diabetes gestasional, gangguan pertumbuhan janin, serta kelainan plasenta (ACOG & SMFM, 2022; Lowdermilk et al., 2023).

Penelitian kohort multisentra menunjukkan bahwa peningkatan usia maternal berkaitan dengan peningkatan persalinan sesar, kelahiran prematur, dan kebutuhan perawatan bayi di NICU. Namun, besarnya risiko berbeda menurut kelompok umur, status kesehatan, paritas, kehamilan tunggal atau multipel, serta kualitas pelayanan antenatal yang diterima (ACOG & SMFM, 2022; Hochler et al., 2023).

F. Komplikasi yang Mungkin Terjadi

1. Komplikasi Pada Kehamilan Remaja

Komplikasi maternal yang lebih sering dilaporkan pada kehamilan remaja meliputi anemia, gangguan hipertensi dalam kehamilan, eklamsia, infeksi menular seksual, persalinan prematur, ketuban pecah sebelum waktunya, kebutuhan transfusi darah, dan keterlambatan memperoleh pelayanan. Risiko individual tetap dipengaruhi status kesehatan dan kualitas pelayanan sehingga usia tidak boleh digunakan sebagai satu-satunya dasar memperkirakan hasil kehamilan. Dampak fetal dan neonatal dapat berupa kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, bayi kecil untuk masa kehamilan, asfiksia, kebutuhan perawatan intensif neonatal, dan peningkatan kematian neonatal. Kondisi tersebut dapat berkaitan dengan faktor biologis maupun keterlambatan antenatal care, anemia, kekurangan gizi, infeksi, kemiskinan, dan rendahnya dukungan sosial (Akseer et al., 2022; Eliner et al., 2022).

Dampak psikososial kehamilan remaja dapat berupa putus sekolah, keterbatasan pekerjaan, ketergantungan ekonomi, konflik keluarga, stigma, isolasi sosial, kecemasan, depresi, kekerasan, serta kesulitan membentuk identitas diri sekaligus menjalankan peran sebagai ibu. Perawat perlu mengkaji keselamatan remaja, kemungkinan kekerasan atau eksploitasi seksual, risiko menyakiti diri, serta keberadaan orang dewasa yang dapat dipercaya (WHO, 2024; Wu et al., 2021).

2. Komplikasi pada usia maternal lanjut

Komplikasi maternal yang dapat meningkat pada usia 35 tahun atau lebih meliputi hipertensi kronis, preeklamsia, diabetes gestasional, plasenta previa, solusio plasenta, persalinan sesar, perdarahan, dan komplikasi kardiovaskular. Peningkatan risiko menjadi lebih nyata pada usia 40 tahun atau lebih dan ketika disertai penyakit kronis atau obesitas (ACOG & SMFM, 2022; Hochler et al., 2023).

Komplikasi janin dan neonatal dapat meliputi keguguran, kelainan kromosom, kelahiran prematur, gangguan pertumbuhan janin, makrosomia pada diabetes, bayi berat lahir rendah, kebutuhan perawatan NICU, dan lahir mati. Risiko lahir mati pada usia maternal lanjut, khususnya usia 40 tahun atau lebih, menjadi salah satu alasan perlunya pemantauan kesejahteraan janin dan perencanaan waktu persalinan secara individual (ACOG & SMFM, 2022; Sugai et al., 2023).

G. Asuhan Keperawatan Kehamilan Pada Usia Risko Tinggi

1. Pengkajian Keperawatan

   a. Identitas dan Riwayat Kesehatan

      Pengkajian meliputi usia ibu, usia kehamilan, gravida-paritas-abortus, kehamilan direncanakan atau tidak, riwayat obstetri, riwayat penyakit kronis, konsumsi obat, alergi, operasi sebelumnya, riwayat keluarga, penggunaan teknologi reproduksi berbantu, serta kebiasaan merokok, alkohol, atau zat lainnya. Perawat juga perlu mengidentifikasi riwayat preeklamsia, diabetes gestasional, prematuritas, keguguran berulang, kematian janin, dan operasi sesar (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

   b. Pemeriksaan fisik dan obstetri

      Pemeriksaan meliputi tanda vital, tekanan darah, berat dan tinggi badan, indeks massa tubuh, lingkar lengan atas, konjungtiva, edema, status hidrasi, tanda infeksi, pemeriksaan abdomen dan obstetri, tinggi fundus uteri, denyut jantung janin, gerakan janin, serta tanda perdarahan atau keluarnya cairan dari vagina. Temuan abnormal harus ditindaklanjuti melalui kolaborasi atau rujukan sesuai tingkat kegawatannya (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

   c. Status nutrisi

Perawat mengkaji pola makan, kenaikan berat badan, konsumsi protein, sumber zat besi dan folat, kepatuhan mengonsumsi suplemen, mual-muntah, pantangan makanan, keamanan pangan, serta kemampuan keluarga menyediakan makanan bergizi. Pengkajian lebih mendalam diperlukan pada remaja yang masih tumbuh, ibu dengan anemia, obesitas, diabetes, gangguan makan, atau keterbatasan ekonomi (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

d. Status psikologis dan sosial

Pengkajian psikososial mencakup penerimaan terhadap kehamilan, kecemasan, suasana perasaan, citra tubuh, kesiapan menjadi ibu, pengetahuan tentang kehamilan, dukungan pasangan, hubungan keluarga, kondisi pendidikan atau pekerjaan, keamanan rumah, dan akses pelayanan. Skrining kekerasan pasangan, kekerasan seksual, depresi, kecemasan, dan risiko bunuh diri harus dilakukan secara privat menggunakan komunikasi yang sensitif dan tidak menghakimi (Ayuandini et al., 2023; Wu et al., 2021).

2. Diagnosis Keperawatan yang Mungkin Muncul

Diagnosis keperawatan harus ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian, bukan hanya berdasarkan usia. Diagnosis yang mungkin ditemukan antara lain:

a. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dalam kehamilan, tekanan darah tidak terkontrol, dan ketidakpatuhan terhadap terapi antihipertensi.

b. Risiko Cedera pada Janin (D.0138)
Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia maternal lanjut, hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, status nutrisi tidak adekuat, dan ketidakteraturan melakukan pemeriksaan antenatal.

c. Risiko Cedera pada Ibu (D.0137)

Risiko cedera pada ibu dibuktikan dengan usia maternal lanjut, hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, anemia, kelemahan, dan riwayat komplikasi obstetri.

d. Risiko Perdarahan (D.0012)

Risiko perdarahan dibuktikan dengan riwayat operasi sesar, paritas tinggi, anemia, gangguan implantasi plasenta, atau riwayat perdarahan obstetri sebelumnya.

e. Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0038)

Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dibuktikan dengan diabetes gestasional, usia maternal lanjut, obesitas, pola makan tidak teratur, dan ketidakpatuhan terhadap program pengelolaan glukosa.

f. Risiko Infeksi (D.0142)

Risiko infeksi dibuktikan dengan diabetes gestasional yang belum terkontrol, status nutrisi tidak adekuat, anemia, riwayat infeksi saluran kemih, dan perilaku higiene perineum yang tidak tepat.

g. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif (D.0116)

Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan dan kurangnya dukungan sosial dibuktikan dengan kunjungan antenatal tidak teratur, ketidakpatuhan mengonsumsi obat dan suplemen, pemantauan tekanan darah atau glukosa tidak dilakukan sesuai jadwal, serta ibu gagal menerapkan program perawatan dalam kehidupan sehari-hari.

h. Defisit Nutrisi (D.0019)

Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakmampuan memenuhi asupan nutrisi dibuktikan dengan ibu mengatakan nafsu makan menurun, hanya makan satu sampai dua kali sehari, porsi makan tidak dihabiskan, pertambahan berat badan tidak adekuat, lingkar lengan atas rendah, konjungtiva pucat, dan ibu tampak lemah.

i. Nausea (D.0076)

Nausea berhubungan dengan kehamilan dibuktikan dengan ibu mengeluh mual, mengatakan ingin muntah, nafsu makan menurun, sensitif terhadap bau tertentu, porsi makan berkurang, dan tampak pucat.

j. Ansietas (D.0080)

Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan ibu mengatakan khawatir terhadap kondisi kehamilan dan janin, takut mengalami komplikasi, sulit tidur, sering menanyakan keselamatan janin, tampak gelisah, tampak tegang, dan konsentrasi menurun.

k. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Defisit pengetahuan tentang perawatan kehamilan usia risiko tinggi berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan ibu mengatakan belum mengetahui faktor risiko kehamilannya, tidak mampu menyebutkan tanda bahaya, tidak mengetahui tujuan pemeriksaan, mengajukan pertanyaan berulang, dan menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran.

l. Koping Tidak Efektif (D.0096)

Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan sistem pendukung dan krisis situasional dibuktikan dengan ibu mengatakan tidak mampu menghadapi kehamilan, merasa belum siap menjadi ibu, menarik diri dari keluarga, menangis ketika membicarakan kehamilan, dan tidak terlibat dalam pengambilan keputusan perawatan.

m. Gangguan Proses Keluarga (D.0120)

Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga dan krisis situasional dibuktikan dengan ibu mengatakan keluarga menolak kehamilan, terjadi konflik antaranggota keluarga, komunikasi keluarga tidak efektif, dukungan keluarga menurun, dan pengambilan keputusan perawatan tertunda.

n. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan ibu mengatakan sulit memulai tidur, sering terbangun pada malam hari, tidak merasa segar setelah bangun, waktu tidur tidak mencukupi, tampak mengantuk, dan konsentrasi menurun.

o. Keletihan (D.0057)

Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis kehamilan dan gangguan tidur dibuktikan dengan ibu mengatakan cepat lelah, merasa tidak bertenaga, membutuhkan waktu istirahat lebih lama, tampak lesu, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari menurun.

Perumusan diagnosis harus mempertimbangkan data subjektif dan objektif, faktor penyebab yang dapat diatasi melalui keperawatan, risiko prioritas, serta kondisi yang memerlukan tindakan kolaboratif. Diagnosis risiko tidak memerlukan tanda dan gejala aktual, tetapi harus didukung faktor risiko yang jelas (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

a. Pemantauan ibu dan janin

Perawat memantau tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, berat badan, edema, keluhan sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, perdarahan, kontraksi, keluarnya cairan vagina, gerakan janin, dan denyut jantung janin sesuai kewenangan serta tempat pelayanan. Perubahan klinis harus didokumentasikan dan segera dikomunikasikan kepada tim obstetri (ACOG & SMFM, 2022; Perry et al., 2022).

b. Peningkatan kepatuhan antenatal care

Perawat menjelaskan tujuan dan jadwal pemeriksaan kehamilan, membantu ibu mengatasi hambatan transportasi atau biaya, mengingatkan jadwal kunjungan, melibatkan keluarga dengan persetujuan ibu, dan menghubungkan ibu dengan fasilitas rujukan. Pada remaja, pelayanan harus ramah remaja, menjaga privasi, mudah diakses, serta tidak bersifat menghakimi (WHO, 2024; Wu et al., 2021).

c. Manajemen nutrisi

Edukasi nutrisi mencakup konsumsi makanan beragam, protein, sayur, buah, sumber zat besi, folat, kalsium, cairan yang cukup, serta kepatuhan terhadap suplemen yang diresepkan. Intervensi harus disesuaikan dengan status gizi awal, pertambahan berat badan, usia, penyakit penyerta, budaya, dan kemampuan ekonomi keluarga; ibu dengan anemia, diabetes, obesitas, atau malnutrisi perlu dikolaborasikan dengan dokter dan ahli gizi (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

d. Dukungan psikologis

Perawat memberikan kesempatan kepada ibu mengungkapkan ketakutan, mengklarifikasi informasi yang keliru, mengajarkan teknik relaksasi sederhana, memperkuat kemampuan koping, dan membantu membangun dukungan keluarga. Pada ibu usia lanjut, kecemasan sering berkaitan dengan keguguran, kelainan janin, atau persalinan; sedangkan pada remaja dapat berkaitan dengan stigma, sekolah, hubungan keluarga, finansial, dan kesiapan menjadi orang tua (Lowdermilk et al., 2023; Wu et al., 2021).

e. Kolaborasi interprofesional

Kolaborasi dapat melibatkan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, bidan, ahli gizi, psikolog atau psikiater, pekerja sosial, konselor laktasi, dokter anak, serta tenaga perlindungan perempuan dan anak. Kolaborasi diperlukan jika ditemukan penyakit kronis, kecurigaan kelainan janin, gangguan mental, kekerasan, masalah nutrisi berat, hambatan sosial, atau tanda komplikasi obstetri (ACOG & SMFM, 2022; Perry et al., 2022).

f. Edukasi Tanda Bahaya

Ibu dan keluarga perlu diarahkan segera mencari pertolongan apabila terdapat perdarahan vagina, nyeri perut hebat, sakit kepala berat, gangguan penglihatan, kejang, sesak napas, demam, bengkak mendadak pada wajah atau tangan, muntah berlebihan, keluar cairan seperti air dari vagina, kontraksi sebelum waktunya, gerakan janin berkurang, atau penurunan kesadaran. Edukasi harus dilengkapi informasi fasilitas tujuan, transportasi, pendamping, biaya, dan nomor yang dapat dihubungi dalam keadaan darurat (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

g. Persiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

Persiapan persalinan meliputi penentuan fasilitas persalinan, tenaga penolong, pendamping, transportasi, biaya, dokumen, donor darah potensial bila dibutuhkan, perlengkapan ibu dan bayi, serta rencana rujukan. Pada kehamilan dengan faktor risiko, persalinan sebaiknya direncanakan di fasilitas yang mampu melakukan pemantauan maternal-fetal dan menangani kegawatdaruratan atau mempunyai sistem rujukan yang jelas (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

Pada ibu usia 35 tahun atau lebih, waktu dan metode persalinan ditentukan secara individual berdasarkan usia yang lebih spesifik, paritas, kondisi serviks, penyakit penyerta, pertumbuhan dan kesejahteraan janin, serta komplikasi obstetri. Usia 35 tahun saja tidak otomatis menjadi indikasi operasi sesar; keputusan harus melalui penilaian klinis dan pengambilan keputusan bersama antara ibu dan tenaga kesehatan (ACOG & SMFM, 2022; Gantt et al., 2023).

4. Evaluasi Keperawatan

Asuhan dinilai berhasil apabila ibu mampu menjelaskan kondisi kehamilannya, mengikuti pemeriksaan sesuai jadwal, mengenali tanda bahaya, menunjukkan perilaku perawatan diri yang tepat, memenuhi kebutuhan nutrisi, memiliki rencana persalinan

dan rujukan, serta memperlihatkan penurunan kecemasan dan peningkatan dukungan keluarga. Hasil maternal dan fetal juga dievaluasi melalui stabilitas kondisi ibu, pertumbuhan serta kesejahteraan janin, dan tidak ditemukannya keterlambatan penanganan komplikasi (Lowdermilk et al., 2023; Perry et al., 2022).

H. Penutup

Kehamilan pada usia risiko tinggi, baik pada usia kurang dari 20 tahun maupun usia 35 tahun atau lebih, merupakan kondisi yang memerlukan perhatian khusus karena berkaitan dengan peningkatan risiko komplikasi maternal, fetal, neonatal, dan psikososial. Meskipun demikian, usia ibu bukan satu-satunya penentu luaran kehamilan. Tingkat risiko juga dipengaruhi oleh status gizi, penyakit penyerta, riwayat obstetri, paritas, jarak kehamilan, perilaku kesehatan, kondisi psikologis, dukungan keluarga, keadaan sosial ekonomi, serta keterjangkauan dan mutu pelayanan antenatal. Oleh karena itu, setiap kehamilan harus dinilai secara individual dan tidak boleh disertai pelabelan ataupun stigma hanya berdasarkan usia ibu.

Asuhan keperawatan pada kehamilan usia risiko tinggi dilaksanakan melalui proses keperawatan yang sistematis, mulai dari pengkajian komprehensif, penetapan diagnosis keperawatan sesuai SDKI, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, hingga evaluasi hasil. Prioritas asuhan diarahkan pada pencegahan gangguan perfusi serebral, cedera pada ibu dan janin, perdarahan, ketidakstabilan kadar glukosa darah, serta infeksi. Selain menangani risiko fisiologis, perawat juga perlu mengatasi masalah aktual seperti manajemen kesehatan tidak efektif, defisit nutrisi, nausea, ansietas, defisit pengetahuan, koping tidak efektif, gangguan proses keluarga, gangguan pola tidur, dan keletihan sesuai data subjektif maupun objektif yang ditemukan.

Keberhasilan asuhan keperawatan dievaluasi berdasarkan kemampuan ibu menjelaskan kondisi dan faktor risiko kehamilannya, mengenali tanda bahaya, mengikuti pemeriksaan antenatal secara teratur, mengonsumsi obat serta suplemen sesuai anjuran, memenuhi kebutuhan nutrisi, mengendalikan penyakit penyerta, dan memiliki rencana persalinan serta rujukan yang jelas. Secara psikologis, keberhasilan ditunjukkan oleh menurunnya kecemasan, meningkatnya kemampuan koping, penerimaan terhadap kehamilan, dan tersedianya dukungan keluarga. Dari sisi maternal dan fetal, evaluasi mencakup kestabilan kondisi ibu, tekanan darah dan kadar glukosa yang terkendali, pertambahan berat badan yang sesuai, pertumbuhan dan kesejahteraan janin yang optimal, serta tidak terjadinya keterlambatan dalam mengenali dan menangani komplikasi.

Dengan demikian, perawat maternitas mempunyai peran strategis sebagai pemberi asuhan, edukator, konselor, advokat, koordinator pelayanan, dan kolaborator dalam merawat ibu dengan kehamilan usia risiko tinggi. Pelayanan harus dilakukan secara individual, berkesinambungan, berbasis bukti, berpusat pada perempuan dan keluarga, sensitif terhadap budaya, menghormati otonomi, serta bebas dari stigma. Kolaborasi interprofesional dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, bidan, ahli gizi, psikolog atau psikiater, pekerja sosial, dokter anak, dan tenaga kesehatan lainnya diperlukan untuk menjawab kebutuhan ibu dan janin secara menyeluruh. Melalui deteksi dini, pemantauan berbasis risiko, intervensi yang tepat, edukasi yang efektif, dukungan keluarga, dan sistem rujukan yang responsif, komplikasi dapat dicegah atau ditangani lebih cepat sehingga keselamatan, kualitas hidup, dan luaran kesehatan ibu maupun bayi dapat dioptimalkan.

Referensi

ACOG & SMFM. (2022). Pregnancy at Age 35 Years or Older. Obstetrics & Gynecology, 140(2), 348–366. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004873

Akseer, N., Keats, E. C., Thurairajah, P., Cousens, S., Bétran, A. P., Oaks, B. M., Osrin, D., Piwoz, E., Gomo, E., Ahmed, F., Friis, H., Belizán, J., Dewey, K., West, K., Huybregts, L., Zeng, L., Dibley, M. J., Zagre, N., Christian, P., ... Bhutta, Z. A. (2022). Characteristics and birth outcomes of pregnant adolescents compared to older women: An analysis of individual level data from 140,000 mothers from 20 RCTs. EClinicalMedicine, 45. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101309

Akselsson, A. (2024). Pregnancy, overweight, and obesity: time to invest in preventive strategies. The Lancet Public Health, 9(10), e712–e713. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00213-5

Amoadu, M., Hagan, D., & Ansah, E. W. (2022). Adverse obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancies in Africa: a scoping review. BMC Pregnancy and Childbirth, 22(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04821-w

AWHONN. (2023). Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing (6th ed.). Elsevier.

AWHONN. (2024). Basic, High-Risk, and Critical Care Intrapartum Nursing: Clinical Competencies and Education Guide, 7th Edition. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 53(3), S40–S67. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2024.02.004

Ayuandini, S., Habito, M., Ellis, S., Kennedy, E., Akiyama, M., Binder, G., Nanwani, S.,

Sitanggang, M., Budiono, N., Ramly, A. A., Humphries-Waa, K., Azzopardi, P. S., & Hennegan, J. (2023). Contemporary pathways to adolescent pregnancy in Indonesia: A qualitative investigation with adolescent girls in West Java and Central Sulawesi. PLOS Global Public Health, 3(10), 1–21. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001700

Dagne, W. K., Shiferaw, M., Gedfie, S., Jemal, A., Gashaw, M., Kumie, G., Bazezew, A., Sisay, A., Abebe, W., Nigatie, M., Misganaw, T., Asmare, Z., Getachew, E., Gashaw, Y., Ashagre, A., Tefera, Z., Alemu, B. B., Tamrat, E., Kassanew, B., ... Reta, M. A. (2026). Modifiable risk factors for anemia in pregnancy: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. BMC Pregnancy and Childbirth, 26(26). https://doi.org/10.1186/s12884-025-08531-x

Eliner, Y., Gulersen, M., Kasar, A., Lenchner, E., Grünebaum, A., Chervenak, F. A., & Bornstein, E. (2022). Maternal and Neonatal Complications in Teen Pregnancies: A Comprehensive Study of 661,062 Patients. Journal of Adolescent Health, 70(6), 922–927. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.12.014

Gantt, A., Metz, T. D., Kuller, J. A., Louis, J. M., Cahill, A. G., & Turrentine, M. A. (2023). Obstetric Care Consensus #11, Pregnancy at age 35 years or older. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 228(3), B25–B40. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.022

Hochler, H., Lipschuetz, M., Suissa-Cohen, Y., Weiss, A., Sela, H. Y., Yagel, S., Rosenbloom, J. I., Grisaru-Granovsky, S., & Rottenstreich, M. (2023). The Impact of Advanced Maternal Age on Pregnancy Outcomes: A Retrospective Multicenter Study. Journal of Clinical Medicine, 12(17). https://doi.org/10.3390/jcm12175696

Huang, C., Jiang, Q., Su, W., Lv, F., Zeng, J., Huang, P., Liu, W., Lin, M., Li, X., Shi, X., & Zheng, X. (2023). Age-specific effects on adverse pregnancy outcomes vary by maternal characteristics: a population-based retrospective study in Xiamen, China. BMC Public Health, 23(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15235-4

Li, J., Yan, J., Ma, L., Huang, Y., Zhu, M., & Jiang, W. (2023). Effect of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes among younger and older women and its additive interaction with advanced maternal age. Frontiers in Endocrinology, 14(May), 1–10. https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1158969

Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E., & Perry, S. E. (2023). Maternity and Women's Health Care (13th ed.). Elsevier Health Sciences.

Machado-Gédéon, A., Badeghiesh, A., Baghlaf, H., & Dahan, M. H. (2023). Adverse pregnancy, delivery and neonatal outcomes across different advanced maternal ages: A population-based retrospective cohort study. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology: X, 17(January), 0–6. https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100180

Mühlrad, H., Björkegren, E., Haraldson, P., Bohm-Starke, N., Kopp Kallner, H., & Brismar Wendel, S. (2022). Interpregnancy interval and maternal and neonatal morbidity: a nationwide cohort study. Scientific Reports, 12(1), 1–8. https://doi.org/10.1038/s41598-022-22290-1

Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2017). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing (7th ed.). Saunders.

Nam, J. Y., Oh, S. S., & Park, E. C. (2022). The Association Between Adequate Prenatal Care and Severe Maternal Morbidity Among Teenage Pregnancies: A Population-Based Cohort Study. Frontiers in Public Health, 10(May), 1–8. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.782143

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E., & Lowdermilk, D. L. (2022). Maternal Child Nursing Care (7th ed.). Mosby.

Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., Zhang, J., Mori, R., Baguiya, A., Jayaratne, K., Osoti, A., Vogel, J. P., Campbell, O., Mugerwa, K. Y., Lumbiganon, P., Tunçalp, Ö., Cresswell, J., Say, L., Moran, A. C., & Oladapo, O. T. (2024). A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. The Lancet Global Health, 12(2), e306–e316. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00468-0

Sugai, S., Nishijima, K., Haino, K., & Yoshihara, K. (2023). Pregnancy outcomes at maternal age over 45 years: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 5(4), 100885. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.100885

Tedde, J. G. G., Cerqueira-Silva, T., Lagrosa Garcia, S. A., Amira, B. V., Rodrigues, L. C., Barreto, M. L., Rocha, A. S., de Cássia Ribeiro-Silva, R., Falcão, I. R., & Paixao, E. S. (2024). Association of interpregnancy interval with adverse pregnancy outcomes according to the outcomes of the preceding pregnancy: a longitudinal study with 4.7 million live births from Brazil. The Lancet Regional Health - Americas, 30, 100687. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100687

TimPokjaSDKIDPPPPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan

Indikator Diagnostik. DPP PPNI.

Wang, Y., Zeng, C., Chen, Y., Yang, L., Tian, D., Liu, X., & Lin, Y. (2022). Short interpregnancy interval can lead to adverse pregnancy outcomes: A meta-analysis. Frontiers in Medicine, 9(November), 1–20. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.922053

WHO. (2024). Adolescent pregnancy. WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

WHO. (2026). Maternal health. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1

Wu, J. J. Y., Ahmad, N., Samuel, M., Logan, S., & Mattar, C. N. Z. (2021). The influence of web-based tools on maternal and neonatal outcomes in pregnant adolescents or adolescent mothers: Mixed methods systematic review. Journal of Medical Internet Research, 23(8). https://doi.org/10.2196/26786

Zhang, J., Li, Q., Song, Y., Fang, L., Huang, L., & Sun, Y. (2022). Nutritional factors for anemia in pregnancy: A systematic review with meta-analysis. Frontiers in Public Health, 10(1). https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1041136

Zhou, Y., Yin, S., Sheng, Q., Yang, J., Liu, J., Li, H., Yuan, P., & Zhao, Y. (2023). Association of maternal age with adverse pregnancy outcomes: A prospective multicenter cohort study in China. Journal of Global Health, 13. https://doi.org/10.7189/JOGH.13.04161

ISSN 3063-4946

BAB IX

Kehamilan Remaja dan Dampaknya terhadap Kesehatan Ibu serta Bayi

Pearly Otis Putri Oktaviani, S.ST., M.Kes., Bd.

A. Kehamilan Remaja sebagai Masalah Kesehatan dan Pembangunan

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada perempuan berusia 10–19 tahun. Rentang usia tersebut tidak homogen: remaja awal berusia 10–14 tahun memiliki kematangan fisik, psikologis, dan sosial yang berbeda dari remaja akhir berusia 15–19 tahun. Perbedaan ini penting karena risiko cenderung semakin besar pada usia yang lebih muda. Kehamilan pada masa remaja berlangsung ketika pertumbuhan tubuh, pembentukan identitas, pendidikan, dan transisi menuju kemandirian belum selesai. Karena itu, kehamilan remaja perlu dipahami sebagai persoalan kesehatan sekaligus persoalan hak anak, pendidikan, kesetaraan gender, dan pembangunan manusia (World Health Organization [WHO], 2024, 2025a).

Secara global, angka kelahiran remaja memang menurun, tetapi penurunannya tidak merata. WHO memperkirakan angka kelahiran pada perempuan usia 15–19 tahun turun dari 64,5 per 1.000 pada tahun 2000 menjadi 41,3 per 1.000 pada tahun 2023. Pada tahun yang sama, angka kelahiran usia 10–14 tahun diperkirakan 1,5 per 1.000. Angka global tersebut menutupi kesenjangan besar menurut wilayah, tingkat pendapatan, pendidikan, dan tempat tinggal. UNICEF juga melaporkan bahwa sekitar 13% perempuan muda di dunia telah melahirkan sebelum usia 18 tahun pada 2023. Dengan demikian, penurunan tren belum berarti beban masalah telah selesai, terutama pada kelompok yang paling miskin dan paling terpinggirkan (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2024; WHO, 2024).

UNFPA memperkirakan sekitar 21 juta kehamilan terjadi setiap tahun pada remaja usia 15–19 tahun di negara berpendapatan rendah dan menengah, dengan sekitar 12 juta kelahiran. Sebagian besar kehamilan tersebut terjadi dalam situasi pilihan reproduksi yang terbatas. Ada kehamilan yang tidak direncanakan, ada yang terjadi dalam perkawinan anak, dan ada pula yang

berkaitan dengan kekerasan atau paksaan seksual. Oleh sebab itu, status "menikah" tidak selalu berarti kehamilan telah dipilih secara bebas. Tekanan keluarga untuk segera memiliki anak, ketimpangan usia dengan pasangan, serta lemahnya posisi tawar dapat mengurangi kemampuan remaja menentukan waktu kehamilan dan menggunakan kontrasepsi (Crooks et al., 2022; United Nations Population Fund [UNFPA], 2024).

Di Indonesia, kehamilan remaja berkaitan erat dengan perkawinan anak, putus sekolah, kemiskinan, dan keterbatasan literasi kesehatan reproduksi. Data BPS memperlihatkan bahwa proporsi perempuan usia 20–24 tahun yang menikah atau hidup bersama sebelum usia 18 tahun masih ditemukan di seluruh wilayah dengan kesenjangan antardaerah. Pada 2022, angka nasional perkawinan anak dilaporkan 8,06%, sedangkan beberapa provinsi memiliki angka jauh lebih tinggi. Data BPS Provinsi Banten mengenai kelahiran pertama sebelum usia 20 tahun juga menunjukkan bahwa persoalan ini relevan bagi pelayanan kesehatan di tingkat lokal, bukan sekadar isu global (Badan Pusat Statistik [BPS], 2025; BPS Provinsi Banten, 2025; Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak [KemenPPPA], 2023a).

Kehamilan remaja tidak boleh dipandang hanya sebagai akibat "perilaku berisiko" individu. Bukti menunjukkan adanya jejaring determinan yang saling berinteraksi: kemiskinan, pendidikan rendah, norma perkawinan dini, ketimpangan gender, kekerasan, akses kontrasepsi yang terbatas, stigma, dan pelayanan yang tidak ramah remaja. Remaja di wilayah terpencil atau dari keluarga dengan sumber daya terbatas sering menghadapi beberapa kerentanan sekaligus. Akumulasi kerentanan inilah yang meningkatkan peluang terjadinya kehamilan dan memperburuk hasil kehamilan setelah konsepsi terjadi (Amjad et al., 2022; Amoadu et al., 2022).

Bab ini membahas dampak kehamilan remaja melalui kerangka siklus hidup. Risiko bagi ibu mencakup anemia, gangguan hipertensi, infeksi, masalah persalinan, serta gangguan kesehatan mental. Risiko bagi janin dan bayi mencakup hambatan pertumbuhan, prematuritas, berat lahir rendah, kondisi neonatal berat, dan masalah gizi anak. Namun, hubungan tersebut tidak sepenuhnya bersifat biologis; mutu pelayanan, status gizi, dukungan keluarga, dan kondisi sosial dapat memperbesar atau mengurangi risiko. Kerangka ini menempatkan pencegahan, pelayanan antenatal yang bermutu, persalinan aman, perawatan pascapersalinan, dan perlindungan sosial sebagai satu rangkaian intervensi (Karaçam et al., 2021; Maheshwari et al., 2022; WHO, 2025a).

B. Faktor Penyebab dan Jalur Kerentanan

Pendidikan merupakan salah satu faktor pelindung terpenting. Remaja yang tetap bersekolah memiliki lebih banyak akses terhadap informasi, jejaring sosial, aspirasi masa depan, dan peluang ekonomi. Sebaliknya, putus sekolah dapat meningkatkan kemungkinan perkawinan dan kehamilan dini; setelah hamil, stigma dan kebijakan sekolah yang tidak inklusif dapat semakin menjauhkan remaja dari pendidikan. Terbentuklah hubungan dua arah: keterbatasan pendidikan meningkatkan risiko kehamilan, sedangkan kehamilan memperbesar risiko putus sekolah. Karena itu, mempertahankan anak perempuan di sekolah dan menjamin kesempatan kembali belajar bagi remaja yang hamil atau telah melahirkan merupakan intervensi kesehatan sekaligus sosial (UNICEF, 2021; WHO, 2025a).

Kemiskinan memengaruhi hampir semua jalur risiko. Keluarga dengan sumber daya terbatas mungkin menganggap perkawinan sebagai cara mengurangi beban ekonomi atau melindungi anak perempuan. Setelah kehamilan terjadi, biaya transportasi, pemeriksaan, makanan bergizi, dan kebutuhan persalinan dapat menunda pencarian pertolongan. Remaja juga lebih bergantung pada orang tua atau pasangan untuk biaya dan keputusan. Tinjauan determinan sosial menunjukkan bahwa status sosial ekonomi rendah, pendidikan terbatas, tempat tinggal terpencil, dan kurangnya dukungan berhubungan dengan hasil maternal dan kelahiran yang lebih buruk pada remaja (Amjad et al., 2022; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022).

Norma gender dan relasi kuasa menentukan apakah remaja dapat menolak hubungan seksual, menegosiasikan penggunaan kontrasepsi, atau memutuskan jarak kehamilan. Pasangan yang lebih tua, tekanan untuk membuktikan kesuburan setelah menikah, dan ketergantungan ekonomi dapat memperlemah otonomi reproduksi. Pada sebagian kasus, kehamilan merupakan akibat kekerasan seksual, eksploitasi, atau hubungan yang tidak setara. Pendekatan pencegahan yang hanya mengajarkan remaja perempuan untuk "menjaga diri" mengabaikan tanggung jawab pasangan, keluarga, komunitas, dan sistem perlindungan anak. Pendidikan relasi yang sehat dan transformatif gender perlu melibatkan remaja laki-laki, bukan hanya menempatkan beban pencegahan pada perempuan (Lohan et al., 2022; WHO, 2025a).

Akses terhadap informasi kesehatan reproduksi sering terhambat oleh tabu dan informasi yang tidak akurat. Remaja dapat mengetahui istilah kontrasepsi, tetapi belum memahami cara kerja, efektivitas, efek samping, atau tempat memperoleh layanan yang aman. Mitos bahwa kontrasepsi menyebabkan infertilitas, rasa takut diketahui keluarga, biaya, jarak, dan sikap menghakimi petugas dapat menurunkan pemanfaatan layanan. Kehamilan yang tidak

direncanakan juga dapat terlambat dikenali karena remaja tidak memahami tanda awal, siklus haid tidak teratur, atau menyangkal kehamilan karena takut. Keterlambatan ini mengurangi kesempatan pemeriksaan dan intervensi sejak trimester pertama (Crooks et al., 2022; WHO, 2024).

Perkawinan anak merupakan jalur penting menuju kehamilan remaja karena norma sosial sering menuntut pasangan segera memiliki keturunan. Permohonan dispensasi kawin di Indonesia juga kerap berkaitan dengan kehamilan yang telah terjadi. Situasi tersebut menunjukkan hubungan sirkular: perkawinan anak mendorong kehamilan dini, sementara kehamilan pranikah dapat mendorong perkawinan sebagai respons sosial. Pencegahan perlu memutus kedua jalur tersebut melalui perlindungan anak, pendidikan seksual komprehensif, layanan kontrasepsi, penanganan kekerasan, konseling keluarga, dan penegakan batas usia perkawinan (KemenPPPA, 2023a, 2023b; WHO, 2025a).

Ketika remaja sudah hamil, jalur kerentanan berlanjut melalui keterlambatan pelayanan. Stigma dapat membuat remaja menyembunyikan kehamilan, sedangkan rasa malu dan takut dimarahi petugas menghambat pemeriksaan. Pengalaman pelayanan yang tidak menghormati privasi dapat menurunkan kunjungan berikutnya. Meta-sintesis pengalaman remaja di negara berpendapatan rendah dan menengah menemukan tema ketidaksiapan, emosi yang kompleks, relasi yang menentukan akses, serta pengalaman pelayanan yang dapat bersifat menghormati maupun merendahkan. Dengan demikian, keramahan layanan bukan unsur tambahan, melainkan komponen keselamatan klinis karena memengaruhi keterlibatan remaja dalam perawatan (Crooks et al., 2022).

C. Kerentanan Biologis dan Kebutuhan Gizi pada Kehamilan Remaja

Masa remaja merupakan periode pertumbuhan cepat. Tulang, massa otot, volume darah, dan cadangan mikronutrien masih berkembang, sementara kehamilan menambah kebutuhan energi, protein, zat besi, folat, kalsium, dan berbagai zat gizi lain. Bila remaja masih bertumbuh, kebutuhan tubuh ibu dan janin dapat berlangsung secara bersamaan. Persaingan kebutuhan ini tidak berarti semua remaja pasti mengalami komplikasi, tetapi meningkatkan kerentanan bila asupan sebelum dan selama hamil tidak memadai. Risiko lebih besar pada remaja yang sejak awal kurus, mengalami anemia, memiliki jarak kehamilan pendek, atau hidup dalam rumah tangga rawan pangan (Keats et al., 2022; Maheshwari et al., 2022).

Anemia merupakan masalah utama karena volume plasma meningkat selama kehamilan dan kebutuhan zat besi bertambah untuk pembentukan sel darah merah serta pertumbuhan

janin-plasenta. Remaja putri sendiri merupakan kelompok yang rentan anemia akibat menstruasi dan asupan zat besi yang tidak cukup. Ketika kehamilan terjadi, cadangan yang rendah dapat semakin terkuras. Meta-analisis pada kehamilan remaja menunjukkan anemia lebih sering ditemukan dibanding kelompok dewasa dalam sejumlah konteks. Dampaknya dapat berupa kelelahan, penurunan kapasitas fisik, kerentanan terhadap infeksi, toleransi yang lebih buruk terhadap perdarahan, serta kaitan dengan prematuritas dan berat lahir rendah (Finkelstein et al., 2024; Karaçam et al., 2021).

Status gizi tidak cukup dinilai dari berat badan saja. Penilaian perlu mencakup indeks massa tubuh sebelum hamil atau trimester awal, pertambahan berat badan, lingkar lengan atas, pola konsumsi, keamanan pangan, anemia, dan faktor klinis. Remaja dengan kurang energi kronis membutuhkan dukungan gizi yang realistis dan tidak menghakimi. Konseling sebaiknya menggunakan bahan pangan lokal, frekuensi makan yang memungkinkan, serta memperhitungkan mual, pantangan, dan daya beli. Pemantauan pertambahan berat badan harus disertai pencarian penyebab bila kenaikan tidak adekuat, bukan sekadar memberikan nasihat umum untuk "makan lebih banyak" (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2024a, 2024b).

Suplementasi zat besi-folat dan mikronutrien merupakan bagian penting perawatan, tetapi kepatuhan dipengaruhi efek samping, pemahaman, dukungan keluarga, ketersediaan, dan kontinuitas pasokan. Analisis data individual pada remaja hamil di negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan suplementasi multi-mikronutrien berpotensi menurunkan peluang berat lahir rendah, prematur, dan kecil masa kehamilan dibanding zat besi-folat saja dalam konteks yang diteliti. Temuan tersebut menguatkan pentingnya layanan gizi yang terintegrasi, meskipun pilihan regimen harus mengikuti pedoman nasional dan penilaian klinis individual (Keats et al., 2022).

Kematangan panggul sering disebut sebagai penjelasan tunggal komplikasi persalinan remaja, padahal mekanismenya lebih kompleks. Usia biologis, tinggi badan, status gizi masa kanak-kanak, ukuran janin, kualitas pemantauan persalinan, dan akses rujukan saling berinteraksi. Remaja yang sangat muda mungkin belum mencapai pertumbuhan skeletal optimal, tetapi risiko tidak dapat ditentukan dari umur semata. Penilaian obstetri harus berfokus pada kondisi klinis, kemajuan persalinan, kesejahteraan janin, dan kesiapan rujukan. Stigma bahwa tubuh remaja "pasti tidak mampu melahirkan" justru dapat merusak komunikasi dan mengurangi kepercayaan terhadap layanan (Diabelková et al., 2023; Maheshwari et al., 2022).

Kerentanan biologis juga berinteraksi dengan penyakit dan perilaku kesehatan. Infeksi menular seksual, infeksi saluran kemih, malaria di wilayah endemis, konsumsi rokok atau paparan asap, serta keterlambatan imunisasi dapat memengaruhi kehamilan. Skrining perlu dilakukan berdasarkan pedoman dan faktor risiko, dengan menjaga kerahasiaan. Konseling harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan memastikan persetujuan yang bermakna. Pendekatan ini penting karena remaja mungkin menjawab "mengerti" karena sungkan, bukan karena benar-benar memahami pilihan pemeriksaan dan terapi (WHO, 2025a; Kemenkes RI, 2025).

D. Dampak Kehamilan Remaja terhadap Kesehatan Ibu

Bukti menunjukkan bahwa remaja menghadapi peningkatan risiko beberapa komplikasi maternal dibanding perempuan usia 20–24 tahun. WHO menyoroti risiko eklampsia, endometritis puerperalis, dan infeksi sistemik. Tinjauan lain melaporkan anemia, ketuban pecah dini, gangguan hipertensi, dan komplikasi persalinan lebih sering pada sejumlah populasi. Besarnya risiko berbeda antarpenelitian karena variasi usia, status gizi, paritas, kualitas pelayanan, dan faktor sosial. Oleh karena itu, interpretasi harus menghindari dua ekstrem: menganggap semua kehamilan remaja pasti berkomplikasi atau mengabaikan risiko karena sebagian remaja dapat melahirkan tanpa masalah (Karaçam et al., 2021; Maheshwari et al., 2022; WHO, 2024).

Gangguan hipertensi kehamilan dapat berkembang dari hipertensi gestasional dan preeklamsia menjadi eklampsia yang mengancam nyawa. Remaja dan keluarga perlu memahami tanda bahaya seperti sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri ulu hati, sesak, dan bengkak mendadak, sekaligus mengetahui bahwa hipertensi dapat terjadi tanpa keluhan jelas. Pengukuran tekanan darah dan evaluasi proteinuria atau tanda organ lain harus dilakukan sesuai standar setiap kunjungan. Bila remaja bergantung pada keluarga untuk transportasi, rencana rujukan perlu dibicarakan sejak antenatal agar keputusan tidak terlambat ketika kegawatdaruratan terjadi (Diabelková et al., 2023; Kemenkes RI, 2024b).

Anemia pada ibu remaja dapat memperburuk toleransi terhadap perdarahan persalinan. Meskipun perdarahan postpartum tidak selalu lebih tinggi semata-mata karena usia, kombinasi anemia, keterlambatan rujukan, dan akses darah yang terbatas dapat meningkatkan dampak klinis. Pencegahan mencakup deteksi dan tata laksana anemia, suplementasi, konseling gizi, penentuan tempat bersalin, pencegahan perdarahan sesuai standar, serta observasi pascapersalinan. Tenaga kesehatan juga perlu menilai kepatuhan konsumsi tablet tambah darah secara empatik, mencari penyebab ketidakpatuhan, dan menawarkan strategi mengatasi mual atau konstipasi (Finkelstein et al., 2024; Kemenkes RI, 2024a).

Infeksi selama kehamilan dan masa nifas dapat dipengaruhi ketuban pecah dini, persalinan lama, prosedur, higiene, anemia, dan keterlambatan mengenali gejala. Remaja mungkin menunda melaporkan demam, nyeri, keputihan, atau keluhan genital karena malu. Lingkungan pelayanan harus menjamin privasi dan tidak mengaitkan setiap keluhan dengan penilaian moral. Edukasi mencakup demam, nyeri perut memburuk, cairan berbau, perdarahan, nyeri saat berkemih, dan kondisi lemah sebagai alasan mencari pertolongan segera. Pemantauan nifas penting karena sebagian komplikasi baru muncul setelah pasien pulang (Amoadu et al., 2022; WHO, 2024).

Persalinan pada remaja memerlukan pemantauan yang sama ketatnya dengan persalinan lain, ditambah perhatian pada komunikasi dan dukungan. Ketakutan, kurangnya persiapan, dan pengalaman pertama dapat meningkatkan kecemasan. Pendamping pilihan, penjelasan sebelum tindakan, pengendalian nyeri, serta penghormatan terhadap tubuh dan keputusan pasien membantu menciptakan pengalaman persalinan yang aman. Tindakan operatif harus berdasarkan indikasi klinis; usia remaja saja bukan indikasi seksio sesarea. Beberapa tinjauan bahkan menemukan angka seksio lebih rendah pada remaja, sehingga fokus harus pada deteksi distosia dan fetal distress, bukan asumsi (Karaçam et al., 2021; Mohammadian et al., 2023).

Kesehatan mental merupakan bagian dari kesehatan maternal. Kehamilan yang tidak direncanakan, penolakan keluarga, kekerasan pasangan, stigma, putus sekolah, dan tekanan ekonomi dapat memicu kecemasan, depresi, atau pikiran menyakiti diri. Setelah melahirkan, tuntutan pengasuhan dan kurang tidur menambah beban. Tinjauan sistematis menemukan bahwa ibu remaja rentan mengalami depresi postpartum dan masalah mental yang dapat bertahan melampaui masa nifas. Skrining harus disertai jalur rujukan yang nyata; menanyakan gejala tanpa menyediakan dukungan dapat membuat remaja merasa semakin tidak berdaya (Ferrara et al., 2025; Rahim et al., 2024).

Dampak maternal berlanjut setelah enam minggu pascapersalinan. Remaja membutuhkan dukungan menyusui, pemulihan nutrisi, kontrasepsi pascapersalinan, pencegahan infeksi menular seksual, pengasuhan, dan kesempatan kembali ke sekolah. Kehamilan berulang dengan jarak dekat dapat memperburuk deplesi gizi dan keterbatasan sosial. Konseling kontrasepsi harus dimulai sebelum pulang, bersifat sukarela, tidak memaksa, dan menjelaskan pilihan metode secara seimbang. Perlindungan terhadap kekerasan serta dukungan sosial perlu berjalan bersamaan karena kemampuan menggunakan kontrasepsi dipengaruhi relasi kuasa di rumah (WHO, 2025a; Kemenkes RI, 2025).

E. Dampak terhadap Janin, Bayi, dan Pertumbuhan Anak

Dampak paling konsisten pada bayi dari ibu remaja adalah peningkatan risiko prematuritas dan berat lahir rendah. Meta-analisis di Turki menemukan peluang kelahiran prematur dan berat lahir rendah atau hambatan pertumbuhan lebih tinggi pada kehamilan remaja. Tinjauan naratif serta studi lintas negara juga mengidentifikasi kecil masa kehamilan, nilai Apgar rendah, distress janin, dan kebutuhan perawatan neonatal sebagai masalah yang lebih sering. Risiko terbesar umumnya ditemukan pada remaja yang paling muda dan mereka yang memiliki akses pelayanan rendah (Karaçam et al., 2021; Maheshwari et al., 2022).

Prematuritas merupakan masalah kesehatan utama karena bayi lahir sebelum organ matang sepenuhnya. Komplikasi dapat mencakup gangguan napas, kesulitan mempertahankan suhu, infeksi, gangguan minum, perdarahan otak, dan kebutuhan rawat intensif. Secara global, prematuritas masih berkontribusi besar terhadap kematian dan disabilitas anak. Pencegahan pada kehamilan remaja tidak hanya berupa tindakan obstetri, tetapi juga perbaikan gizi, pencegahan dan tata laksana infeksi, penghentian paparan rokok, pengendalian penyakit ibu, serta ANC tepat waktu untuk mengidentifikasi risiko (Keats et al., 2022; Ohuma et al., 2023).

Berat lahir rendah dapat disebabkan kelahiran prematur, pertumbuhan janin terhambat, atau kombinasi keduanya. Pada remaja, mekanisme potensial mencakup status gizi ibu yang kurang, anemia, pertambahan berat badan tidak adekuat, infeksi, hipertensi, serta fungsi plasenta. Faktor sosial seperti kerawanan pangan dan keterlambatan ANC turut memperkuat jalur biologis tersebut. Bayi berat lahir rendah lebih rentan mengalami hipotermia, hipoglikemia, kesulitan menyusu, infeksi, serta gangguan pertumbuhan. Karena itu, pengukuran berat lahir yang akurat, kontak kulit ke kulit, dukungan menyusui, dan tindak lanjut pertumbuhan harus dipastikan (Keats et al., 2022; Mohammadian et al., 2023).

Kondisi neonatal berat tidak semata-mata ditentukan saat bayi lahir. Ketersediaan tenaga terampil, resusitasi, rujukan, perawatan bayi kecil, dan dukungan menyusui menentukan peluang bertahan dan berkembang. Remaja dapat mengalami hambatan memahami instruksi perawatan atau takut bertanya. Tenaga kesehatan perlu mendemonstrasikan cara menjaga kehangatan, tanda bahaya, pemberian ASI, kebersihan tali pusat, dan kapan kembali. Pemisahan ibu dan bayi sebaiknya dibatasi pada indikasi medis karena kedekatan mendukung ikatan, produksi ASI, dan kemampuan ibu mengenali respons bayinya (Kemenkes RI, 2024b; UNICEF, 2024).

Dampak dapat berlanjut ke masa bayi dan balita. Tinjauan sistematis dan meta-analisis menunjukkan hubungan kehamilan remaja dengan peningkatan risiko wasting dan berat badan kurang pada anak. Hubungan ini dijelaskan melalui pertumbuhan janin yang kurang optimal, prematuritas, status gizi ibu, praktik pemberian makan, kemiskinan, dan pendidikan ibu. Temuan tersebut tidak berarti usia ibu secara langsung menentukan gizi anak; lingkungan setelah lahir tetap sangat berpengaruh. Dukungan 1.000 hari pertama kehidupan, pemantauan pertumbuhan, imunisasi, pemberian makan responsif, serta bantuan sosial dapat memutus jalur risiko (Welch et al., 2024).

Ibu remaja sering masih membutuhkan pengasuhan, tetapi sekaligus dituntut mengasuh bayi. Kurangnya pengalaman dapat memengaruhi pengenalan tanda lapar, pemberian ASI, tidur aman, atau respons terhadap penyakit. Pendekatan yang menyalahkan akan membuat ibu enggan meminta bantuan. Pendampingan perlu mengembangkan kompetensi secara bertahap: menjelaskan, mendemonstrasikan, meminta ibu mempraktikkan kembali, dan memberikan umpan balik. Keterlibatan pasangan serta keluarga penting, tetapi tidak boleh menghilangkan suara ibu remaja. Dukungan pengasuhan yang hangat dapat meningkatkan kepercayaan diri dan kualitas interaksi ibu–bayi (Crooks et al., 2022; Rahim et al., 2024).

Pemantauan bayi dari ibu remaja sebaiknya menggunakan pendekatan risiko yang proporsional. Bayi prematur, berat lahir rendah, atau kecil masa kehamilan memerlukan jadwal tindak lanjut sesuai kondisi klinis. Pada bayi cukup bulan tanpa komplikasi, pelayanan tetap harus memperhatikan konteks keluarga, keamanan rumah, kemampuan memperoleh makanan, dan kesehatan mental ibu. Koordinasi antara layanan kebidanan, neonatal, gizi, kesehatan jiwa, dan pelayanan sosial mengurangi kemungkinan ibu dan bayi terputus dari sistem setelah pulang (UNICEF, 2024; WHO, 2025a).

F. Dampak Psikososial, Pendidikan, dan Antargenerasi

Kehamilan remaja dapat mengubah lintasan hidup dalam waktu singkat. Remaja yang sebelumnya berfokus pada sekolah, pertemanan, dan pembentukan identitas harus menghadapi perubahan tubuh, keputusan kehamilan, persalinan, dan pengasuhan. Perasaan yang muncul dapat bercampur antara takut, sedih, malu, marah, menerima, dan mencintai bayi. Pengalaman tersebut berbeda menurut apakah kehamilan direncanakan, dukungan keluarga, status perkawinan, budaya, dan keamanan relasi. Karena itu, tenaga kesehatan perlu mendengarkan narasi individu dan tidak menganggap semua remaja memiliki pengalaman yang sama (Crooks et al., 2022).

Stigma merupakan faktor yang sangat merusak. Remaja yang hamil di luar perkawinan dapat mengalami pengucilan, penghinaan, atau penolakan keluarga. Remaja yang menikah pun dapat menghadapi anggapan bahwa mereka "sudah dewasa" sehingga kebutuhan perkembangan dan perlindungannya diabaikan. Di fasilitas kesehatan, komentar menghakimi dapat menimbulkan trauma dan menghambat kunjungan. Pelayanan yang menghormati martabat berarti menggunakan bahasa netral, menjaga privasi, meminta izin sebelum pemeriksaan, dan memberi kesempatan remaja berbicara tanpa pendamping ketika aman dan sesuai ketentuan (Crooks et al., 2022; Kemenkes RI, 2025).

Dampak pendidikan muncul melalui absensi, putus sekolah, dan sulitnya kembali belajar setelah melahirkan. Kehilangan pendidikan dapat mengurangi peluang kerja dan pendapatan, meningkatkan ketergantungan ekonomi, serta memperkuat kerentanan terhadap kekerasan. Bayi kemudian tumbuh dalam rumah tangga dengan sumber daya lebih terbatas. Siklus ini bersifat struktural, bukan kegagalan moral ibu remaja. Kebijakan yang memungkinkan melanjutkan pendidikan, pengasuhan anak yang terjangkau, dukungan keluarga, dan pelatihan keterampilan merupakan bagian dari pencegahan dampak jangka panjang (UNICEF, 2021, 2024).

Hubungan dengan pasangan dapat menjadi sumber dukungan atau bahaya. Pasangan yang terlibat dapat membantu transportasi, biaya, keputusan perawatan, pekerjaan rumah, dan pengasuhan. Sebaliknya, kontrol, kekerasan, atau penelantaran memperburuk kesehatan mental dan akses layanan. Skrining kekerasan harus dilakukan secara aman dan privat, dengan memperhatikan bahwa pertanyaan dapat meningkatkan risiko bila pasangan mendengar. Bila kekerasan teridentifikasi, tenaga kesehatan membutuhkan jalur rujukan perlindungan, kesehatan jiwa, bantuan hukum, dan tempat aman; nasihat untuk sekadar "bersabar" tidak memadai (WHO, 2025a).

Depresi dan kecemasan pada ibu dapat memengaruhi tidur, nutrisi, kepatuhan perawatan, respons terhadap bayi, dan kemampuan menyusui. Pada kasus berat dapat muncul pikiran bunuh diri atau menyakiti diri. Tinjauan terbaru menegaskan perlunya perhatian pada masalah kesehatan mental ibu remaja, termasuk setelah periode postpartum awal. Intervensi dapat mencakup dukungan psikososial, terapi berbasis bukti, penguatan jejaring, penanganan kekerasan, dan rujukan psikiatri bila diperlukan. Keluarga perlu diedukasi bahwa gangguan mental bukan kelemahan dan memerlukan pertolongan profesional (Ferrara et al., 2025; Rahim et al., 2024).

Dampak antargenerasi terjadi ketika kerugian biologis dan sosial berlanjut dari ibu ke anak. Prematuritas atau berat lahir rendah dapat meningkatkan kebutuhan kesehatan; kemiskinan dan pendidikan yang terputus dapat membatasi stimulasi, makanan, dan layanan; kesehatan mental ibu dapat memengaruhi interaksi; dan norma perkawinan anak dapat diwariskan. Namun, jalur ini bukan takdir. Pelayanan kesehatan berkualitas, dukungan pengasuhan, perlindungan sosial, pendidikan berkelanjutan, dan pencegahan kehamilan berulang dapat mengubah lintasan tersebut (Welch et al., 2024; WHO, 2025a).

G. Pencegahan dan Pelayanan yang Responsif terhadap Remaja

Pencegahan kehamilan remaja membutuhkan strategi berlapis. WHO merekomendasikan pengakhiran perkawinan anak, mempertahankan anak perempuan di sekolah, meningkatkan akses kontrasepsi, mencegah hubungan seksual yang dipaksakan, memperluas pendidikan seksualitas komprehensif, dan memperbaiki pelayanan maternal bagi remaja yang hamil. Intervensi tunggal jarang cukup karena penyebabnya berada pada tingkat individu, keluarga, sekolah, komunitas, layanan, dan kebijakan. Program perlu dirancang bersama remaja agar sesuai dengan kebutuhan, bahasa, hambatan, dan cara mereka mencari informasi (WHO, 2025a, 2025b).

Pendidikan seksualitas komprehensif tidak hanya membahas anatomi dan bahaya, tetapi juga relasi sehat, persetujuan, komunikasi, kontrasepsi, pencegahan infeksi menular seksual, keamanan digital, kekerasan, dan keterampilan mencari bantuan. Bukti dari uji klaster JACK menunjukkan bahwa pendekatan transformatif gender yang melibatkan remaja laki-laki dapat memperbaiki hasil terkait pengetahuan dan sikap yang relevan dengan pencegahan kehamilan. Pendekatan sekolah menyeluruh juga menggabungkan kurikulum, partisipasi siswa, keterlibatan orang tua, kampanye, dan hubungan dengan layanan kesehatan (Lohan et al., 2022; Ponsford et al., 2022).

Layanan kontrasepsi untuk remaja perlu akurat, rahasia, tidak diskriminatif, dan mengikuti peraturan yang berlaku. Konseling harus menjelaskan efektivitas, cara penggunaan, efek samping, perlindungan terhadap infeksi, serta pilihan ketika terjadi kegagalan metode. Petugas tidak boleh menunda layanan hanya karena asumsi bahwa remaja belum aktif secara seksual atau karena takut dinilai mendukung perilaku seksual. Dalam konteks Indonesia, Permenkes Nomor 2 Tahun 2025 menegaskan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif kesehatan reproduksi remaja, termasuk konseling dengan memperhatikan privasi dan kerahasiaan (Kemenkes RI, 2025).

Bagi remaja yang sudah hamil, prioritas bergeser pada keselamatan dan dukungan tanpa meninggalkan pencegahan kehamilan berikutnya. Kontak pertama harus mencakup konfirmasi usia kehamilan, riwayat medis dan obstetri, skrining gizi dan anemia, tekanan darah, infeksi, kesehatan mental, kekerasan, penggunaan zat, serta dukungan sosial. Rencana perawatan perlu menjelaskan jadwal kunjungan, tanda bahaya, nutrisi, suplementasi, persiapan persalinan, rujukan, menyusui, perawatan bayi, dan kontrasepsi pascapersalinan. Buku KIA dapat menjadi alat komunikasi, tetapi penjelasan lisan dan verifikasi pemahaman tetap diperlukan (Kemenkes RI, 2024b).

Pelayanan ramah remaja memiliki beberapa ciri: mudah diakses, menjaga privasi, waktu tunggu wajar, petugas tidak menghakimi, komunikasi sesuai usia, persetujuan yang jelas, serta keterhubungan dengan layanan lain. Remaja perlu diberi ruang untuk bertanya dan berpartisipasi dalam keputusan. Keluarga dapat dilibatkan sebagai sumber dukungan dengan persetujuan dan pertimbangan keamanan. Pada saat yang sama, petugas harus mengenali situasi ketika pendamping justru mengontrol atau membahayakan pasien. Tinjauan pengalaman remaja menunjukkan bahwa rasa dihormati menentukan keberlanjutan pemanfaatan layanan (Crooks et al., 2022; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022).

Model pelayanan sebaiknya terintegrasi. Bidan dan dokter menangani kebutuhan klinis; ahli gizi mendukung pemulihan status gizi; psikolog atau tenaga kesehatan jiwa menangani depresi, kecemasan, dan trauma; pekerja sosial membantu akses perlindungan serta pendidikan; dan kader dapat mendukung tindak lanjut. Sistem rujukan perlu memiliki kontak, kriteria, transportasi, dan umpan balik yang jelas. Koordinasi mencegah remaja menerima banyak nasihat yang saling bertentangan atau harus menceritakan pengalaman traumatis berulang kali (WHO, 2025a).

Pencegahan kehamilan berulang perlu dimulai selama antenatal dan dilanjutkan setelah persalinan. Konseling membahas tujuan hidup, jarak kehamilan, pilihan kontrasepsi, negosiasi dengan pasangan, dan pencegahan infeksi. Metode kontrasepsi jangka panjang dapat ditawarkan sebagai pilihan efektif, tetapi tidak boleh dipaksakan atas dasar usia atau kondisi ekonomi. Persetujuan sukarela merupakan prinsip utama. Bersamaan dengan itu, dukungan untuk kembali sekolah, penitipan anak, keterampilan kerja, dan perlindungan dari kekerasan memperkuat kemampuan remaja mempertahankan keputusan reproduksinya (WHO, 2025a).

Evaluasi program perlu mengukur lebih dari sekadar penurunan angka kehamilan. Indikator dapat mencakup pengetahuan yang benar, penggunaan kontrasepsi sukarela, usia perkawinan pertama, keberlanjutan sekolah, kunjungan ANC tepat waktu, anemia, persalinan

oleh tenaga terampil, pengalaman pelayanan yang menghormati, berat lahir, prematuritas, kesehatan mental, dan kehamilan berulang. Data perlu dipilah menurut usia 10–14 dan 15–19 tahun, wilayah, pendidikan, disabilitas, dan kondisi sosial agar kelompok paling rentan tidak tersembunyi dalam angka rata-rata (BPS, 2025; WHO, 2025a).

H. Penutup

Kehamilan remaja merupakan masalah yang kompleks karena terjadi pada pertemuan antara perkembangan biologis yang belum selesai dan kondisi sosial yang sering membatasi pilihan. Dampaknya terhadap ibu mencakup anemia, gangguan hipertensi, infeksi, ketuban pecah dini, komplikasi persalinan, dan masalah kesehatan mental. Pada janin dan bayi, dampak yang paling konsisten adalah prematuritas, berat lahir rendah, hambatan pertumbuhan, kondisi neonatal berat, serta risiko masalah gizi pada masa anak. Risiko cenderung lebih besar pada remaja yang sangat muda dan pada mereka yang mengalami kemiskinan, status gizi buruk, kekerasan, keterlambatan ANC, atau pelayanan berkualitas rendah (Karaçam et al., 2021; Welch et al., 2024; WHO, 2024).

Usia tidak bekerja sendirian. Hasil kehamilan dibentuk oleh status gizi sebelum konsepsi, akses terhadap informasi dan kontrasepsi, dukungan keluarga, kondisi pasangan, ketepatan kunjungan, kualitas persalinan, perawatan neonatal, dan perlindungan sosial. Perspektif ini penting agar pelayanan tidak menyalahkan remaja. Remaja yang hamil tetap memiliki hak atas keselamatan, informasi, privasi, pendidikan, perlindungan dari kekerasan, serta pelayanan yang menghormati martabat dan pilihannya (Amjad et al., 2022; Crooks et al., 2022).

Upaya yang efektif perlu menggabungkan pencegahan perkawinan anak, keberlanjutan pendidikan, pendidikan seksualitas komprehensif, keterlibatan remaja laki-laki, akses kontrasepsi, perlindungan dari kekerasan, dan penguatan ekonomi keluarga. Ketika kehamilan telah terjadi, sistem kesehatan harus memberikan ANC dini dan bermutu, dukungan gizi, skrining kesehatan mental, persalinan aman, perawatan bayi, kontrasepsi pascapersalinan, dan kesempatan kembali belajar. Kolaborasi lintas sektor menjadi syarat karena pelayanan klinis saja tidak dapat mengatasi penyebab sosialnya (Lohan et al., 2022; WHO, 2025a).

Bidan memiliki posisi strategis sebagai pemberi asuhan, edukator, advokat, dan penghubung antar layanan. Komunikasi yang tidak menghakimi dapat menentukan apakah remaja mau kembali memeriksakan diri. Deteksi anemia, hipertensi, infeksi, kekerasan, dan gangguan mental dapat mencegah komplikasi; persiapan rujukan dapat menyelamatkan nyawa; dan pendampingan setelah lahir dapat memperkuat kemampuan ibu merawat bayinya. Dengan

pendekatan berbasis hak, sensitif usia, dan terintegrasi, dampak kehamilan remaja pada ibu dan bayi dapat dikurangi, sekaligus membuka kembali peluang pendidikan dan masa depan remaja (Kemenkes RI, 2025; WHO, 2025a).

Referensi

Amjad, S., Adesunkanmi, M., Twynstra, J., Seabrook, J. A., & Ospina, M. B. (2022). Social determinants of health and adverse outcomes in adolescent pregnancies. Seminars in Reproductive Medicine, 40(1–2), 116–123. https://doi.org/10.1055/s-0041-1735847

Amoadu, M., Ansah, E. W., Assopiah, P., Acquah, P., Ansah, J. E., Berchie, E., Hagan, D., & Amoah, E. (2022). Adverse obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancies in Africa: A scoping review. BMC Pregnancy and Childbirth, 22, 598. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04821-w

Badan Pusat Statistik. (2025). Proporsi perempuan umur 20–24 tahun yang berstatus kawin atau hidup bersama sebelum umur 18 tahun menurut daerah tempat tinggal. https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/MTM2MSMy/

Badan Pusat Statistik Provinsi Banten. (2025). Proporsi perempuan pernah kawin usia 15–49 tahun yang melahirkan anak lahir hidup pertama kali saat berumur kurang dari 20 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Banten. https://banten.bps.go.id/id/statistics-table/2/NTY5IzI%3D/

Crooks, R., Bedwell, C., & Lavender, T. (2022). Adolescent experiences of pregnancy in low- and middle-income countries: A meta-synthesis of qualitative studies. BMC Pregnancy and Childbirth, 22, 702. https://doi.org/10.1186/s12884-022-05022-1

Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, Ľ. (2023). Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(5), 4113. https://doi.org/10.3390/ijerph20054113

Ferrara, R., Iovino, L., Latina, R., Avallone, A., Greco, E., Vergallo, G. M., Calderaro, M., & Ricci, P. (2025). Adolescent mothers and postpartum depression: A possible connection? A scoping review. Clinica Terapeutica, 176(1), 81–90. https://doi.org/10.7417/CT.2025.5169

Finkelstein, J. L., Cuthbert, A., Weeks, J., Venkatramanan, S., Larvie, D. Y., De-Regil, L. M., & Garcia-Casal, M. N. (2024). Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane

Database of Systematic Reviews, 2024(8), CD004736. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004736.pub6

Grand-Guillaume-Perrenoud, J. A., Origlia, P., & Cignacco, E. (2022). Barriers and facilitators of maternal healthcare utilisation in the perinatal period among women with social disadvantage: A theory-guided systematic review. Midwifery, 105, 103237. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103237

Karaçam, Z., Kizilca Çakaloz, D., & Demir, R. (2021). The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 50(4), 102093. https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102093

Keats, E. C., Akseer, N., Thurairajah, P., Cousens, S., Bhutta, Z. A., & Global Young Women's Nutrition Investigators' Group. (2022). Multiple-micronutrient supplementation in pregnant adolescents in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. Nutrition Reviews, 80(2), 141–156. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab004

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a). Profil Kesehatan Indonesia 2023. Kementerian Kesehatan RI. https://kemkes.go.id/app_asset/file_content_download/172231123666a86244b83fd8.51637104.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). Buku kesehatan ibu dan anak. Kementerian Kesehatan RI. https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_KIA_2024.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi. https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/2025permenkes02.pdf

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2023a, January 27). Kemen PPPA: Perkawinan anak di Indonesia sudah mengkhawatirkan. https://www.kemenpppa.go.id/siaran-pers/kemen-pppa-perkawinan-anak-di-indonesia-sudah-mengkhawatirkan

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2023b, May 12). Edukasi kesehatan reproduksi cegah perkawinan anak. https://kemenpppa.go.id/index.php/siaran-

pers/edukasi-kesehatan-reproduksi-cegah-perkawinan-anak

Lohan, M., Brennan-Wilson, A., Hunter, R., Gabrio, A., McDaid, L., Young, H., French, R., Aventin, Á., Clarke, M., McDowell, C., Logan, D., Toase, S., O'Hare, L., Bonell, C., Gillespie, K., Gough, A., Lagdon, S., Warren, E., Buckley, K., & White, J. (2022). Effects of gender-transformative relationships and sexuality education to reduce adolescent pregnancy (the JACK trial): A cluster-randomised trial. The Lancet Public Health, 7(7), e626–e637. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00117-7

Maheshwari, M. V., Khalid, N., Patel, P. D., Alghareeb, R., & Hussain, A. (2022). Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy: A narrative review. Cureus, 14(6), e25921. https://doi.org/10.7759/cureus.25921

Mohammadian, F., Moharram Nejadifard, M., Tofighi, S., Garrosi, L., & Molaei, B. (2023). Adverse maternal, perinatal, and neonatal outcomes in adolescent pregnancies: A case-control study. Journal of Research in Health Sciences, 23(1), e00570. https://doi.org/10.34172/jrhs.2023.105

Ohuma, E. O., Moller, A.-B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A., Okwaraji, Y. B., Mahanani, W. R., Johansson, E. W., Lavin, T., Estevez Fernandez, D., Gatica-Domínguez, G., de Costa, A., Cresswell, J. A., Krasevec, J., Lawn, J. E., Blencowe, H., Requejo, J., & Moran, A. C. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. The Lancet, 402(10409), 1261–1271. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4

Ponsford, R., Meiksin, R., Allen, E., Melendez-Torres, G. J., Morris, S., Mercer, C., Campbell, R., Young, H., Lohan, M., Coyle, K., & Bonell, C. (2022). The Positive Choices trial: Update to study protocol for a phase-III RCT of a whole-school social-marketing intervention to promote sexual health and reduce health inequalities. Trials, 23, 287. https://doi.org/10.1186/s13063-022-06191-2

Rahim, K. A., Egglestone, N. J., Tsagareli, I. G., Usmani, W., Meherali, S., & Lassi, Z. S. (2024). Mental health outcomes beyond the post-partum period among adolescent mothers: A systematic review and meta-analysis. Health Psychology and Behavioral Medicine, 12(1), 2305741. https://doi.org/10.1080/21642850.2024.2305741

United Nations Children's Fund. (2021). Towards ending child marriage: Global trends and profiles of progress. UNICEF. https://data.unicef.org/resources/towards-ending-child-marriage/

United Nations Children's Fund. (2024, November 1). Early childbearing and teenage pregnancy rates by country. https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/

United Nations Population Fund. (2024). Adolescent pregnancy. https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy

Welch, C., Wong, C. K., Lelijveld, N., Kerac, M., & Wrottesley, S. V. (2024). Adolescent pregnancy is associated with child undernutrition: Systematic review and meta-analysis. Maternal & Child Nutrition, 20(1), e13569. https://doi.org/10.1111/mcn.13569

World Health Organization. (2024, April 10). Adolescent pregnancy. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

World Health Organization. (2025a). WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low- and middle-income countries. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240104105

World Health Organization. (2025b, April 23). WHO releases new guideline to prevent adolescent pregnancies and improve girls' health. https://www.who.int/news/item/23-04-2025-who-releases-new-guideline-to-prevent-adolescent-pregnancies-and-improve-girls--health

ISSN 3063-4946

BAB X

Kesehatan Mental Perinatal pada Ibu Hamil dan Nifas

Winda Ayu Fazraningtyas, Ns., MSN., Ph.D.

A. Perubahan Psikologis Selama Periode Kehamilan hingga Postpartum

Masa kehamilan dan nifas merupakan masa rentan yang dijalani oleh perempuan sepanjang siklus daur kehidupannya. Kerentanan terhadap kematian ibu sangat signifikan karena perubahan fisiologis dan psikologis yang dialami perempuan selama persalinan. Sepanjang siklus hidup mereka, perempuan secara bertahap beralih dari status lajang ke pernikahan dan akhirnya menjadi ibu. Namun, tidak semua perempuan berhasil mengatasi penyesuaian psikologis selama periode pascapersalinan. Oleh karena itu, adaptasi menjadi sangat penting untuk mengurangi dampak potensial pada ibu dan bayi baru lahir.

Perubahan yang terjadi selama periode ini tidak hanya terjadi secara biologis atau psikologis, tetapi juga pada fungsi psikologis. Perubahan psikologis yang cukup besar terjadi dikarenakan perubahan hormon, kondisi fisik, dan penyesuaian peran menjadi ibu. Perubahan fungsi psikologis dapat terjadi sejak awal hingga akhir kehamilan, termasuk pada periode pascapersalinan.

Selama kehamilan, perubahan yang terlihat terjadi pada penampilan tubuh, feminitas, afeksi, dan seksualitas. Di samping itu, setiap perempuan hamil juga mengalami ambivalensi psikologis, perubahan suasana hati yang sering terjadi dari kelelahan hingga kegembiraan, gangguan emosional, atau gangguan kecemasan hingga depresi. Kekhawatiran ini menyebabkan perempuan hamil sangat rentan dan membutuhkan perawatan yang memadai, tergantung pada fungsi adaptif dari kepribadiannya. Lebih lanjut, dari aspek psikososial, kehamilan dapat dianggap sebagai keadaan emosional yang sangat spesifik, yang dapat menjadi pemicu stres yang

kuat. Stres perinatal pada ibu dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang dapat memiliki konsekuensi yang luas bagi fungsi somatik dan psikis bayi baru lahir.

Fase pascapersalinan menandai transisi yang ditandai dengan pergeseran peran bagi perempuan. Transisi menuju peran ibu ini mencakup beberapa aspek kunci: pertama, beradaptasi dengan perubahan fisik setelah kehamilan dan persalinan; kedua, menavigasi berbagai penyesuaian psikologis; ketiga, mengalami pergeseran persepsi sosial dari peran perempuan menjadi peran ibu; dan terakhir, membangun dan memelihara hubungan dengan bayi yang baru lahir, sambil juga menyesuaikan kembali prioritas dan mendefinisikan kembali hubungan dalam keluarga dan di luar keluarga. Delgado-Pérez et al. (2021) mengidentifikasi tiga kategori utama yang umumnya dialami oleh para ibu selama fase transisi ini: perasaan pergeseran prioritas terhadap perannya, ekspektasi pada perannya, dan perubahan harga diri.

Rubin (1967) dalam Mercer (2004) melaporkan bahwa terdapat tiga fase yang akan dialami oleh seorang wanita dalam perannya sebagai ibu, yaitu 1) fase taking in, di mana fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua setelah melahirkan di mana ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya; 2) fase taking hold, di mana fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan dan ibu khawatir tentang ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya karena ibu akan merasa lebih sensitif dan mudah tersinggung; dan, 3) fase letting go, di mana fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab atas peran barunya dan berlangsung sekitar 10 hari setelah melahirkan yang menunjukkan bahwa ibu telah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada fase ini juga terjadi peningkatan perawatan diri dan bayi dan ibu merasa percaya diri dengan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

Adaptasi terhadap perubahan psikologis pada semua ibu sangat diperlukan karena semua perempuan mengalami perubahan psikologis selama kehamilan hingga masa nifas. Hal ini disebabkan oleh respons perubahan hormonal pada ibu, terutama penurunan estrogen dan progesteron yang muncul saat plasenta lahir. Perubahan ini juga dapat menimbulkan masalah lain bagi ibu seperti postpartum blues, depresi pascapersalinan, bahkan psikosis pascapersalinan jika ibu gagal melewati semua tahapan ini dan mengalami kurangnya dukungan dari lingkungan.

B. Kesehatan Mental Perinatal

Kesehatan mental perinatal merujuk pada kondisi kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial pada ibu yang dimulai dari kehamilan hingga satu tahun pascapersalinan. Kesehatan

mental saat ini menjadi kontributor utama terhadap morbiditas dan mortalitas ibu. Kesehatan mental dengan episode baru dan berulang selama periode perinatal telah menunjukkan peningkatan prevalensi yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama di negara berkembang. Kesehatan mental perinatal secara umum diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:

Perinatal Common Mental Disorders (PCMD)

PCMD mencakup masalah kesehatan mental non-psikotik termasuk depresi, kecemasan, somatoform, dan gangguan penyesuaian. PCMD merujuk pada gangguan emosional dan suasana hati yang relatif umum terjadi, tetapi jika tidak ditangani dapat mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari serta tumbuh kembang bayi. Tingkat prevalensi PCMD jauh lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, dibandingkan dengan negara-negara berpenghasilan tinggi. Penelitian oleh Ariasih et al. (2024) menunjukkan prevalensi PCMD pada ibu hamil sebesar 12,6%, dengan 16,6% pada trimester 1, 11,7% pada trimester 2, dan 10,9% pada trimester 3. Sementara didapatkan sebanyak 10,1% ibu postpartum yang mengalami PCMD. Angka ini perlu menjadi perhatian, hal ini dikarenakan jika tidak ditangani, tekanan emosional ibu yang parah dapat sangat membebani sehingga dapat menyebabkan risiko melukai diri sendiri atau bunuh diri. Selain itu, ibu yang terkena dampak tidak dapat berfungsi dengan baik. Akibatnya, pertumbuhan dan perkembangan anak juga dapat terpengaruh secara negatif.

Gangguan Kecemasan Perinatal

Kecemasan perinatal adalah kondisi kesehatan mental umum yang terjadi selama kehamilan atau hingga 12 bulan setelah melahirkan. Gangguan-gangguan ini meliputi kecemasan umum, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan panik, dan gangguan kecemasan sosial. Dalam banyak kasus, tingkat keparahan dan dampak gejala kecemasan (misalnya, kekhawatiran, penghindaran, dan obsesi) tidak mencapai tingkat diagnosis gangguan kecemasan. Kondisi ini memengaruhi sekitar 1 dari 5 perempuan pada periode perinatal, menimbulkan rasa takut atau stres yang hebat yang mengganggu kehidupan sehari-hari. Faktor risiko kecemasan perinatal ini beragam dan dapat diklasifikasikan sebagai psikologis, sosial, dan biologis. Kecemasan perinatal berdampak negatif pada ibu, anak, dan keluarga. Kecemasan perinatal tidak mudah dikenali dan penetapan diagnosis kecemasan perinatal ini juga menjadi sebuah tantangan bagi tenaga kesehatan. Gangguan kecemasan perinatal ini berdampak penting bagi kesehatan mental dan fisik pada ibu serta anaknya. Untuk itu, gangguan ini perlu menjadi prioritas kesehatan masyarakat yang sangatlah penting.

Gangguan kesehatan psikologis selama kehamilan meningkatkan risiko pada janin berupa perkembangan janin yang buruk, kelahiran prematur, ataupun berat badan lahir

rendah (BBLR). Faktor yang mendasarinya yaitu akses pelayanan kesehatan terbatas, kurangnya dukungan sosial dari berbagai pihak, dan kekhawatiran akan kesehatan dirinya dan janin apabila tertular penyakit. Dukungan sosial membantu perempuan hamil menghadapi stresor kehidupannya. Peran sebagai orang tua baru menjadi beban tersendiri dalam kehidupan perempuan sepanjang siklus kehidupannya, sehingga mendatangkan banyak rasa khawatir. Rasa khawatir dan kecemasan perinatal yang dirasakan ini berbeda.

Gangguan kecemasan seringkali bersifat kronis, dan banyak wanita akan mengalami gangguan kecemasan saat hamil. Faktor risiko utama untuk gangguan kecemasan perinatal adalah riwayat gangguan kecemasan. Intensitas dan tingkat gangguan yang terkait dengan gangguan kecemasan tertentu dapat berubah selama kehamilan dan periode pascapersalinan. Di luar riwayat gangguan kecemasan atau depresi sebelumnya, penelitian tentang faktor risiko gangguan kecemasan perinatal masih beragam dan belum meyakinkan

Postpartum Blues

Postpartum blues dikenal sebagai kesedihan pascapersalinan yang dapat memicu gangguan emosional atau mental yang lebih serius. Sindrom baby blues adalah gangguan suasana hati ringan yang sering diabaikan oleh ibu pascamelahirkan, keluarga, atau petugas kesehatan. Pada akhirnya, hal ini dapat berkembang menjadi depresi pascamelahirkan, di mana ibu mengalami masalah dalam hubungan pernikahan, bahkan dengan keluarganya, dan dalam perkembangan anak. Gambaran klinis sindrom baby blues ditandai dengan episode menangis, merasa depresi, cemas, mudah tersinggung, terasing dan menjauh dari bayi, hipokondriasis ringan, kesulitan tidur, dan ketidakmampuan untuk berkonsentrasi. Hal ini menyebabkan penurunan minat ibu terhadap bayinya, kegagalan menyusui, hingga tindakan menyakiti bayi dan diri sendiri.

Tingkat prevalensi gangguan emosional yang tinggi masih menjadi masalah besar, khususnya di Indonesia (Rahmawati et al., 2023). Hal ini disebabkan oleh postpartum blues bagaikan fenomena gunung es yang sulit dideteksi karena orang masih menganggap gangguan psikologis sebagai hal yang wajar, sama seperti naluri dan sikap protektif seorang ibu terhadap bayinya. Sebagian besar ibu tidak menyadari apakah ibu mengalami postpartum blues (Kurniawati & Septiyono, 2022).

Puncak gejala postpartum blues terjadi pada hari ketiga hingga kelima setelah melahirkan dengan durasi mulai dari beberapa jam hingga beberapa hari. Penyebab postpartum blues belum diketahui secara pasti, tetapi diduga dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Postpartum blues terjadi karena beberapa faktor yang memengaruhinya, yaitu hormonal, demografis, psikologis, fisik, dan sosial. Ibu yang mengalami postpartum blues menunjukkan berkurangnya minat pada bayi, tidak dapat merawat bayi mereka secara optimal, dan tidak antusias dalam menyusui. Kebersihan, kesehatan, dan perkembangan bayi juga tidak optimal. Bayi dari ibu yang mengalami depresi pascapersalinan biasanya tidak mendapatkan ASI. Terdapat masalah dalam proses ikatan batin karena ibu memilih untuk menyendiri dan tidak ingin diganggu oleh siapa pun.

Depresi Postpartum (DPP)

Depresi pascamelahiran (DPP) adalah sindrom gangguan suasana hati yang muncul pada ibu setelah melahirkan, dan bukan merupakan gangguan psikotik. Kondisi ini merupakan masalah kesehatan mental yang signifikan dalam ranah kesehatan reproduksi wanita dan kesehatan masyarakat. Meskipun dapat diobati dan dideteksi melalui skrining, DPP sering kali sulit dikenali dan dideteksi. Meskipun penentuan penyebab pasti gangguan ini masih menghadapi tantangan, identifikasi dini faktor risiko sangat penting untuk memastikan intervensi yang cepat bagi ibu pascamelahirkan.

Gangguan suasana hati pada ibu pascamelahiran sangat terkait dengan tantangan menjadi seorang ibu, yang sering kali diperparah oleh kelelahan dan diperburuk oleh iritabilitas. Kesulitan-kesulitan ini semakin diperparah oleh penyesuaian hidup yang signifikan, seperti merawat kebutuhan bayi baru lahir, mengelola pekerjaan rumah tangga sehari-hari, dan mendukung pasangan mereka. Tanggung jawab dapat menjadi sangat berat bagi para ibu sehingga menghambat kemampuan ibu tersebut untuk memenuhi tugas dan peran rumah tangga.

Seperti halnya postpartum blues, penyebab DPP masih belum diketahui secara pasti. Perempuan mengalami fluktuasi hormonal sepanjang tahapan siklus kehidupannya, termasuk menstruasi, kehamilan, persalinan, dan menopause, yang dapat berkontribusi pada peningkatan sensitivitas. Fluktuasi hormonal ini, khususnya pada kadar estrogen dan progesteron, signifikan selama setiap siklus. Kadar progesteron meningkat selama kehamilan, tetap tinggi hingga persalinan, sementara kadar estrogen meningkat secara substansial sekitar minggu ke-20 kehamilan dan tetap tinggi hingga persalinan. Setelah persalinan, kedua hormon tersebut menurun drastis karena pengeluaran plasenta, yang memicu perubahan psikologis pada perempuan.

Berdasarkan National Institute of Mental Health (NIMH), DPP melibatkan interaksi kompleks antara unsur fisik dan emosional. Hal ini dipandang sebagai perluasan gejala depresi yang mungkin muncul selama kehamilan, sering kali terkait dengan gejala kecemasan yang dialami selama kehamilan. Selain itu, tanda-tanda depresi yang muncul baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan berkontribusi pada timbulnya DPP pada ibu.

DPP dapat muncul secara bertahap atau tiba-tiba sejak kehamilan hingga tahun pertama setelah melahirkan. Meskipun gejalanya dapat muncul selama kehamilan dan berlanjut setelah melahirkan, gejala tersebut terutama memengaruhi wanita hamil pada tahap akhir kehamilan, khususnya trimester kedua dan ketiga. Lebih lanjut, gejala ini dapat muncul sebelum melahirkan dan berlanjut hingga melewati periode enam minggu pascapersalinan.

DPP menimbulkan kesedihan mendalam pada ibu setelah melahirkan. Di samping beban emosional ini, ibu pascapersalinan bergumul dengan perasaan tidak aman, gejala psikosomatik, kecemasan, dan kekhawatiran yang meningkat tentang kesejahteraan bayi mereka, sering kali disertai dengan perubahan suasana hati yang intens. Gangguan tidur, kebiasaan makan, dan aktivitas sehari-hari adalah hal yang umum. Selain itu, ibu dengan DPP mungkin mengalami gejala bersamaan seperti serangan panik, obsesi, kompulsi, atau bahkan ciri-ciri psikotik.

Ibu sering menunjukkan berkurangnya minat dan anhedonia terhadap lingkungan sekitarnya, yang menyebabkan perasaan malu, isolasi, dan rasa bersalah. Namun, selama enam minggu pertama setelah melahirkan, perempuan umumnya bergelut dengan kekhawatiran tentang citra tubuhnya, mengelola masalah kesehatan, dan memenuhi tuntutan perawatan bayi baru lahir. Selain itu, stres yang terkait dengan perawatan bayi baru

lahir atau tantangan seputar persalinan itu sendiri dapat menjadi pemicu munculnya gejala DPP.

Perinatal Severe Mental Disorders (PSMD)

PSMD mencakup skizofrenia, psikosis afektif, dan bentuk psikotik dan non-psikotik dari gangguan bipolar. Sebaliknya, prevalensi PSMD serupa di semua lingkungan. Jika tidak ditangani, tekanan emosional ibu yang parah dapat sangat berat sehingga dapat menyebabkan risiko melukai diri sendiri atau bunuh diri. Selain itu, ibu yang terkena dampak tidak dapat berfungsi dengan baik. Akibatnya, pertumbuhan dan perkembangan anak juga dapat terpengaruh secara negatif.

Postpartum Psychosis

Postpartum psychosis adalah bentuk gangguan mental paling parah yang ditandai dengan kebingungan ekstrem, kehilangan kontak dengan realitas, paranoia, delusi, proses berpikir yang tidak terorganisir, dan halusinasi. Kondisi ini merupakan penyakit mental serius yang dapat menyerang ibu segera setelah melahirkan hingga enam minggu pertama setelah melahirkan dan memengaruhi sekitar 1 dari 1.000 ibu. Meskipun jarang terjadi, gangguan kesehatan mental ini dianggap sebagai keadaan darurat psikiatri yang memerlukan perhatian medis dan psikiatri segera serta rawat inap jika terdapat risiko bunuh diri atau menimbulkan keadaan yang mengancam bagi bayi baru lahir dan anak.

Penyebab dari postpartum psychosis ini belum diketahui secara pasti. Postpartum psychosis ditandai dengan munculnya gejala afektif dan psikotik secara tiba-tiba, disertai penurunan kondisi mental yang cepat. Karena sifatnya yang parah dan berfluktuasi, terdapat risiko signifikan bagi ibu dan bayi jika tidak diobati, dengan potensi konsekuensi tragis berupa bunuh diri atau pembunuhan bayi. Dengan bunuh diri ibu sebagai penyebab utama kematian ibu langsung dalam tahun pertama pascapersalinan, deteksi dan penanganan dini penyakit mental pascapersalinan sangat penting untuk meningkatkan hasil bagi ibu dan bayinya. Bukti menunjukkan bahwa postpartum psychosis adalah gangguan pada spektrum bipolar pada wanita dengan kerentanan terhadap pemicu persalinan.

Postpartum psychosis tidak diklasifikasikan sebagai diagnosis klinis terpisah dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) dan dalam International Classification System of Mental and Behavioral Disorders (ICD). Dalam DSM-5, postpartum psychosis diklasifikasikan dalam bagian "gangguan psikotik singkat" dari spektrum skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Kondisi mental dapat berfluktuasi

pada postpartum psychosis, dan pemahaman diri umumnya buruk. Kewaspadaan tinggi, dukungan sosial yang kuat, dan pemantauan ketat sangat penting pada periode ini, terutama pada ibu nifas dengan faktor risiko kondisi ini.

Deteksi dini tanda-tanda postpartum psychosis pada periode pascapersalinan dapat mengurangi durasi penyakit psikotik dan meningkatkan hasil dengan mengurangi dampak kondisi ini pada hubungan ibu-bayi. Pada perempuan yang berisiko mengalami postpartum psychosis, pencegahan dan penanganan kekambuhan merupakan strategi yang paling diperlukan untuk dapat menjaga kesehatan ibu dan bayi. Riwayat ibu atau keluarga dengan gangguan bipolar atau postpartum psychosis sebelumnya merupakan faktor risiko yang kuat untuk berkembang menjadi postpartum psychosis. Untuk mencegah hal tersebut, konseling pra-konsepsi, dan memastikan penanganan dan dukungan yang tepat selama kehamilan dapat mengurangi risiko dan dampak postpartum psychosis. Hal ini penting dilakukan untuk membantu penilaian psikiatri awal ini akan memberikan informasi tentang keputusan penanganan dan pengobatan selama periode perinatal. Di samping itu, hal penting yang perlu dilakukan dalam mencegah kekambuhan adalah pemberian profilaksis farmakologis pada periode pascapersalinan dengan segera.

C. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Perinatal

Faktor Sosiodemografi

Faktor sosiodemografis mencakup berbagai elemen seperti kemiskinan, usia ibu, status perkawinan, pendidikan, etnis, dan pekerjaan. Fiala et al. (2017) menyatakan bahwa ibu yang tinggal tanpa pasangan dan hanya memiliki pendidikan dasar atau menengah berisiko mengalami masalah kesehatan mental. Sebaliknya, status sosial ekonomi rendah telah diidentifikasi sebagai faktor penyebab masalah kesehatan mental.

Faktor Obstetri

Faktor obstetri, seperti persalinan yang berkepanjangan, kehamilan yang tidak direncanakan, cara persalinan, komplikasi fisik selama kehamilan, dan menjadi primipara, bersama dengan memiliki lima anak atau lebih, riwayat aborsi, dan gejala pramenstruasi, serta mengalami gejala nyeri pada awal periode pascapersalinan, telah diidentifikasi sebagai faktor risiko gangguan kesehatan mental. Muchanga et al. (2022) mencatat bahwa riwayat muntah dan takut melahirkan juga berkontribusi terhadap risiko gangguan kesehatan mental.

Faktor Pediatrik

Faktor-faktor pediatrik, termasuk stres terhadap perawatan anak, kesulitan dalam memberikan asupan pada bayi, masalah kesehatan bayi, dan angka kematian bayi, telah diidentifikasi sebagai faktor penyebab gangguan kesehatan mental. Selain itu, Vigod et al. (2010) menyatakan bahwa berat badan lahir rendah dan penyakit atau disabilitas bayi yang berkelanjutan merupakan faktor risiko pediatrik yang terkait dengan permasalahan kesehatan mental.

Preferensi jenis kelamin bayi memainkan peran penting dalam risiko gangguan kesehatan mental. Kelahiran anak perempuan dikaitkan dengan peningkatan risiko depresi pada ibu pascamelahirkan di India (Upadhyay et al., 2017; Zaidi et al., 2017). Ditemukan bahwa jenis kelamin janin yang tidak dapat diprediksi dikaitkan dengan peningkatan risiko permasalahan kesehatan mental dari sebuah studi kohort berbasis di rumah sakit. Ekspektasi gender terkait janin berkontribusi sekitar 15% terhadap risiko masalah kesehatan mental (Rong et al., 2023).

Faktor Psikologis

Faktor psikologis mencakup berbagai aspek, termasuk kurangnya pengetahuan tentang pengasuhan anak, pengalaman depresi atau kecemasan selama trimester kehamilan, rendahnya harga diri, rendahnya efikasi diri, dan paparan terhadap peristiwa kehidupan yang penuh tekanan. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dapat mencakup perpisahan dengan orang yang dicintai atau teman dekat, perselisihan dalam pernikahan yang berat, paparan terhadap perang atau terorisme, tekanan keuangan yang signifikan, tantangan terkait pekerjaan, pelecehan emosional, penyakit atau cedera yang parah, bencana alam, perceraian, kehilangan pekerjaan, kekerasan dalam rumah tangga, dan lain-lain. Fiala et al. (2017) melaporkan bahwa perasaan tidak bahagia selama kehamilan juga dapat memengaruhi masalah kesehatan mental pada ibu. Selain itu, citra tubuh dan penambahan berat badan selama kehamilan berkorelasi positif dengan depresi yang terjadi pada ibu.

Faktor Budaya

Hamdan dan Tamim (2011) menemukan bahwa religiusitas dapat mengurangi risiko depresi pada ibu pascabersalin. Lebih lanjut, Haque et al. (2015)menyimpulkan bahwa religiusitas dan hubungan yang kurang baik dengan ibu mertua juga merupakan faktor risiko yang berkontribusi pada gangguan kesehatan mental. Handelzalts et al. (2020) menunjukkan bahwa religiusitas, memaafkan diri sendiri, dan memaafkan orang lain adalah

faktor ketahanan paling signifikan yang terkait dengan penurunan masalah gangguan kesehatan mental dan peningkatan kualitas hidup.

Selain itu, aspek-aspek tertentu dari ritual tradisional dapat menimbulkan ketegangan, stres, dan tekanan emosional. Konflik emosional yang timbul dari kepatuhan terhadap ritual pascapersalinan tradisional dapat berkontribusi pada gangguan kesehatan mental (Abdollahi et al., 2016). Namun, Bina (2008) menyatakan bahwa ritual budaya memiliki efek mitigasi terhadap depresi yang terjadi pada ibu.

Faktor Psikososial

Faktor psikososial meliputi kurangnya dukungan sosial atau emosional dari pasangan, keluarga, atau teman, dan konflik keluarga. Qi et al. (2022) menyatakan bahwa hubungan pernikahan yang tegang menimbulkan risiko sedang terhadap kesehatan mental. Sebaliknya, hubungan yang buruk antara ibu mertua dan menantu perempuan, kurangnya dukungan sosial, kondisi hidup yang tidak menguntungkan, dan ibu mertua yang berperan sebagai pengasuh merupakan risiko kecil yang berkontribusi terhadap timbulnya depresi pada ibu pascamelahirkan.

Faktor Genetik

Faktor genetik meliputi riwayat depresi dalam keluarga dari ayah dan ibu hamil, riwayat depresi dari kedua orang tua ibu hamil, dan riwayat depresi dari keluarga ibu hamil. Menurut Kjeldsen et al. (2022), ibu pascapersalinan dengan riwayat gangguan mental dalam keluarga memiliki kemungkinan 1,79 kali lebih tinggi untuk mengalami depresi pascapersalinan.

Meskipun demikian, genetik juga berkontribusi dalam memperburuk keadaan kesehatan mental. e Couto et al. (2015) menyimpulkan bahwa gen dan polimorfisme terkait dengan depresi. Shi et al. (2021) menunjukkan bahwa golongan darah ABO berhubungan dengan terjadinya PPD. Wanita pascapersalinan dengan golongan darah "A" menghadapi risiko lebih tinggi terkena PPD dibandingkan dengan golongan darah lainnya.

Faktor hormonal

Perubahan hormonal pada wanita selama siklus reproduksi, seperti menstruasi, kehamilan, dan menopause, menyebabkan wanita menjadi lebih sensitif. Hal ini disebabkan oleh penurunan estrogen (estradiol) dan progesteron secara drastis. Progesteron meningkat hingga 20 kali lipat selama kehamilan dan terus meningkat hingga

akhir kehamilan, sedangkan kadar estradiol meningkat sekitar 200-300 kali lipat pada usia kehamilan sekitar 20 minggu dan tetap tinggi selama sisa kehamilan. Kedua hormon tersebut menurun drastis selama pengeluaran plasenta (Brummelte & Galea, 2016; Patel et al., 2012; Schiller, 2011).

D. Dampak Masalah Kesehatan Mental Perinatal

Kesehatan mental perinatal pada ibu memberikan dampak buruk yang signifikan baik pada ibu maupun bayi, baik secara fisik maupun mental (Wildali et al., 2024). Menurut Slomian et al. (2019), yang melakukan tinjauan sistematis komprehensif, dampak masalah kesehatan mental dapat dikategorikan menjadi tiga area utama: pertama, dampaknya pada ibu yang meliputi kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan, dan perilaku berisiko; kedua, dampaknya pada bayi, yang meliputi antropometri, kesehatan fisik, pola tidur, dan perkembangan keterampilan motorik, kognisi, bahasa, emosi, interaksi sosial, dan perilaku; dan terakhir, pengaruhnya pada interaksi ibu-anak, yang meliputi aspek-aspek seperti ikatan, pemberian ASI, dan peran ibu.

Anak-anak dari ibu yang mengalami depresi menghadapi peningkatan risiko mengalami tantangan emosional, perilaku, dan psikologis, serta potensi kemunduran dalam perkembangan kognitif dan linguistik. Studi longitudinal yang dilakukan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah mengungkapkan bahwa depresi pascabersalin pada ibu berkorelasi dengan hasil psikologis yang buruk pada anak, yang berlangsung hingga satu dekade (Verkuijl et al., 2014). Selain itu, anak-anak yang lahir dari ibu dengan riwayat depresi pascabersalin lebih rentan mengalami masalah psikososial, gangguan emosional atau perilaku, serta disabilitas intelektual (Pope & Mazmanian, 2016).

Figueiredo et al. (2014) menyatakan bahwa depresi yang terjadi pada trimester pertama menyebabkan pemberhentian menyusui secara dini, sedangkan depresi pada trimester terakhir mengakibatkan durasi menyusui yang lebih pendek. Penelitian cross-sectional mengungkapkan bahwa ibu yang tidak menyusui secara eksklusif 7,58 kali lebih rentan mengalami depresi postpartum dibandingkan dengan ibu yang menyusui secara eksklusif. Lebih lanjut, kemungkinan depresi pasca bersalin meningkat secara signifikan di antara ibu yang mengalami kesulitan menyusui di awal periode postpartum, tingkat stres yang tinggi, dan kurangnya dukungan sosial.

E. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)

EPDS merupakan salah satu alat skrining yang paling umum digunakan untuk mengevaluasi gejala depresi dan kecemasan perinatal. Skala ini mengukur keadaan emosional yang dialami dalam tujuh hari terakhir, menggunakan skala Likert yang terdiri dari sepuluh item (Sari et al., 2021). Kuesioner ini telah dikembangkan lebih dari tiga dekade, EPDS berfungsi sebagai kuesioner self-assessment yang bertujuan untuk memfasilitasi deteksi depresi perinatal dan mendukung upaya penelitian. Item pernyataannya sesuai dengan berbagai gejala depresi klinis, seperti perasaan bersalah, gangguan tidur, energi rendah, anhedonia, dan pikiran bunuh diri (Cox, 2019). Karena adaptabilitasnya, EPDS digunakan dalam berbagai tingkat pelayanan klinis, termasuk oleh para profesional perawatan kesehatan untuk pemantauan pascanatal, layanan kesehatan ibu dan anak, dan penelitian tentang depresi perinatal (Sharma & Sharma, 2012).

EPDS terbukti sebagai kuesioner yang mudah digunakan dan berfungsi sebagai alat skrining yang efektif. Setiap pertanyaan diberi skor mulai dari 0 hingga 3. Pertanyaan 1, 2, dan 4 diberi skor dari 0 hingga 3, sedangkan pertanyaan 3, 5, 6, 7, 8, 9, dan 10 diberi skor sebaliknya, dari 3 hingga 0. Skor maksimum yang dapat dicapai pada kuesioner ini adalah 30 (Cox, 2019). Levis et al. (2020) menyatakan bahwa skor ambang batas 11 atau lebih tinggi dapat mengindikasikan bahwa perempuan mengalami depresi perinatal.

F. Pemanfaatan Artificial Intelligence dalam Pencegahan Kesehatan Mental Perinatal

Layanan kesehatan mental ibu menunjukkan variabilitas, dan aksesibilitas yang masih terbatas, sehingga menimbulkan tantangan bagi ibu untuk mencapai kesejahteraan optimal. Salah satu cara untuk meningkatkan hasil kesehatan berkaitan dengan skrining atau deteksi dini. Meskipun banyak metode skrining untuk masalah kesehatan mental, khususnya pada perempuan, metode tersebut terutama menargetkan pasien yang sudah menunjukkan gejala depresi. Upaya penelitian harus memprioritaskan pengembangan metodologi untuk memprediksi risiko timbulnya depresi pada ibu pascapersalinan yang tidak menunjukkan tanda-tanda depresi (Khan et al., 2022). Pencapaian tujuan ini melibatkan pertimbangan berbagai karakteristik dan faktor klinis ketika menentukan kemungkinan terjadinya masalah kesehatan mental perinatal.

Ramakrishnan et al. (2021) menyatakan bahwa metodologi berbasis Machine Learning (ML) yang merupakan bagian dari Artificial Intelligence (AI) menjanjikan peningkatan

diagnosis prenatal terhadap disabilitas bawaan dan hasil dalam teknologi reproduksi. Penelitian kesehatan mental perinatal yang menggunakan ML bertujuan pada tiga hal: 1) memastikan ketersediaan data klinis rutin yang secara akurat mewakili populasi (terdiri dari data multimodal yang kaya dengan ukuran sampel yang besar) untuk investigasi perinatal; 2) mengadaptasi dan mengimplementasikan teknik ML tingkat lanjut untuk prediksi dan klasifikasi dalam penelitian layanan kesehatan di bidang kesehatan mental perinatal; dan 3) merancang pendekatan untuk menjelaskan proses pengambilan keputusan model ML terkait indikator kesehatan mental perinatal. Pencapaian tujuan-tujuan ini memerlukan pendekatan multidisiplin dalam pengembangan ML. Pendekatan tersebut menanamkan kepercayaan publik pada alat skrining dan mendorong penelitian, praktik klinis, dan kebijakan ke depan, sehingga mengoptimalkan hasil kesehatan mental perinatal.

G. Penutup

Kesehatan mental perinatal merupakan komponen yang tidak terpisahkan dari upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak. Berbagai perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang terjadi selama kehamilan hingga masa postpartum yang dapat meningkatkan kerentanan ibu terhadap berbagai gangguan kesehatan mental, seperti stres, kecemasan, dan depresi. Apabila kondisi tersebut tidak dikenali dan ditangani secara dini, dampaknya tidak hanya dirasakan oleh ibu, tetapi juga dapat memengaruhi proses kehamilan, persalinan, keberhasilan pemberian ASI, kualitas perawatan bayi, serta tumbuh kembang anak dalam jangka panjang.

Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang komprehensif melalui deteksi dini, skrining rutin, edukasi, serta penyediaan layanan kesehatan mental yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan ibu. Dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan yang aman dan suportif bagi ibu selama masa perinatal. Kolaborasi lintas sektor juga menjadi kunci dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan mental yang berkualitas, mengurangi stigma, serta memperkuat sistem rujukan bagi ibu yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

Untuk itu, investasi terhadap kesehatan mental perinatal merupakan investasi bagi kualitas generasi mendatang. Upaya promotif, preventif, dan kuratif, serta rehabilitatif yang dilakukan secara berkesinambungan akan berkontribusi dalam menurunkan beban gangguan kesehatan mental pada ibu, meningkatkan kesejahteraan keluarga, serta mendukung pencapaian target pembangunan kesehatan ibu dan anak. Dengan demikian, kesehatan mental perinatal perlu menjadi salah satu prioritas dalam kebijakan dan praktik

pelayanan kesehatan, sehingga setiap ibu dapat menjalani kehamilan, persalinan, dan masa postpartum secara sehat, aman, dan bermakna.

Referensi

Abdollahi, F., Lye, M. S., & Zarghami, M. (2016). Perspective of postpartum depression theories: A narrative literature review. North American Journal of Medical Sciences, 8(6), 232–236. https://doi.org/10.4103/1947-2714.185027

Ariasih, A., Besral, Budiharsana, M., & Ronoatmodjo, S. (2024). Common Mental Disorders and Associated Factors During Pregnancy and the Postpartum Period in Indonesia: An Analysis of Data From the 2018 Basic Health Research. Journal of Preventive Medicine and Public Health, 57(4), 388–398. https://doi.org/10.3961/jpmph.24.082

Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. Health Care for Women International, 29(6), 568–592. https://doi.org/10.1080/07399330802089149

Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and Behavior, 77, 153–166. https://doi.org/10.1016/J.YHBEH.2015.08.008

Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Voices from the past and recommendations for the future. British Journal of Psychiatry, 214(3), 127–129. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245

Delgado-Pérez, E., Yuste-Sánchez, M. J., Pérez-Martín, Y., Abuín-Porras, V., & Rodríguez-Costa, I. (2021). New motherhood concepts, implications for healthcare. A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24). https://doi.org/10.3390/ijerph182413118

e Couto, T. C., Brancaglion, M. Y. M., Alvim-Soares, A., Moreira, L., Garcia, F. D., Nicolato, R., Aguiar, R. A. L. P., Leite, H. V., & Corrêa, H. (2015). Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. World Journal of Psychiatry, 5(1), 103–111. https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.103

Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. BMC Psychiatry, 17(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y

Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychological Medicine, 44(5), 927–936. https://doi.org/10.1017/S0033291713001530

Hamdan, A., & Tamim, H. (2011). Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. Archives of Women's Mental Health, 14(2), 125–133. https://doi.org/10.1007/s00737-010-0189-8

Handelzalts, J. E., Stringer, M. K., Menke, R. A., & Muzik, M. (2020). The association of religion and spirituality with postpartum mental health in women with childhood maltreatment histories. Journal of Child and Family Studies, 29(2), 502–513. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01595-2

Haque, A., Namavar, A., & Breene, K. A. (2015). Prevalence and risk factors of postpartum depression in middle Eastern/Arab women. Journal of Muslim Mental Health, 9(1), 65–84. https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.104

Khan, M., Khurshid, M., Vatsa, M., Singh, R., Duggal, M., & Singh, K. (2022). On AI approaches for promoting maternal and neonatal health in low resource settings: A review. Frontiers in Public Health, 10(September), 1–23. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.880034

Kjeldsen, M.-M. Z., Bricca, A., Liu, X., Frokjaer, V. G., Madsen, K. B., & Munk-Olsen, T. (2022). Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: A systematic review protocol. Systematic Reviews, 11, 68. https://doi.org/10.1186/s13643-022-01952-1

Kurniawati, D., & Septiyono, E. A. (2022). Determinants of Postpartum Blues in Indonesia. Pediomaternal Nursing Journal, 8(1), 45–52. https://doi.org/10.20473/pmnj.v8i1.27649

Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ, 371. https://doi.org/10.1136/bmj.m4022

Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. Journal of Nursing Scholarship, 36(3), 226–232. https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.2004.04042.X

Muchanga, S. M. J., Eitoku, M., Mbelambela, E. P., Ninomiya, H., Iiyama, T., Komori, K., Yasumitsu-Lovell, K., Mitsuda, N., Tozin, R. R., Maeda, N., Fujieda, M., & Suganuma, N.

(2022). Association between nausea and vomiting of pregnancy and postpartum depression: the Japan Environment and Children's Study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 43(1), 2–10. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1734792

Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum Depression: A Review. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 23(2), 534–542. https://doi.org/10.1353/HPU.2012.0037

Pope, C. J., & Mazmanian, D. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: An overview and methodological recommendations for future research. Depression Research and Treatment, 2016. https://doi.org/10.1155/2016/4765310

Qi, W., Liu, Y., Lv, H., Ge, J., Meng, Y., Zhao, N., Zhao, F., Guo, Q., & Hu, J. (2022). Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. BMC Pregnancy and Childbirth, 22, 65. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04392-w

Rahmawati, R., Purnamasari, N. I., & Junuda, J. (2023). Determinant analysis of baby blues syndrome. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 13(1), 36–40. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20234076

Ramakrishnan, R., Rao, S., & He, J. R. (2021). Perinatal health predictors using artificial intelligence: A review. In Women's Health (Vol. 17). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.1177/17455065211046132

Rong, X. F., Li, M. Q., Pérez-López, F. R., Wu, J. N., & Zhang, B. (2023). Maternal expectations of fetal gender and risk of postpartum depression. BMC Pregnancy and Childbirth, 23(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05419-6

Sari, D. N., Diatri, H., Siregar, K., & Pratomo, H. (2021). Adaptation of the edinburgh postnatal depression scale in the indonesian version: Self-reported anxiety and depression symptoms in pregnant women. Macedonian Journal of Medical Sciences, 9, 1654–1659. https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7783

Schiller, C. E. E. (2011). The hormone withdrawal hypothesis of postpartum depression: a translational approach [University of Iowa]. https://doi.org/10.17077/ETD.XZ9U2D8Q

Sharma, V., & Sharma, P. (2012). Postpartum depression: Diagnostic and treatment issues. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 34(5), 436–442. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35240-9

Shi, X., Ying, Y., Yu, Z., Xing, M., Zhu, J., Feng, W., & Xu, D. (2021). Risk factors for postpartum depression in Chinese women : A cross-sectional study at 6 weeks postpartum. Journal of Psychosomatic Research, 140, 110295. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110295

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health, 15. https://doi.org/10.1177/1745506519844044

Upadhyay, R. P., Chowdhury, R., Salehi, A., Sarkar, K., Singh, S. K., Sinha, B., Pawar, A., Rajalakshmi, A. K., & Kumar, A. (2017). Postpartum depression in india: A systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization, 95(10), 706–717. https://doi.org/10.2471/BLT.17.192237

Verkuijl, N. E., Richter, L., Norris, S. A., Stein, A., Avan, B., & Ramchandani, P. G. (2014). Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: A prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. The Lancet Psychiatry, 1(6), 454–460. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70361-X

Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: A systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 117(5), 540–550. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x

Wildali, D., Nazzal, S., Hamshari, S., & Belkebir, S. (2024). Prevalence and risk factors of postpartum depression among women attending primary healthcare centers in northern of West Bank/ Palestine: A cross-sectional study, 2022. BMC Women's Health, 24(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12905-024-02887-6

Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., & Agarwalla, R. (2017). Postpartum depression in women: A risk factor analysis. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 11(8), QC13–QC16. https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25480.10479

ISSN 3063-4946

BAB XI

Strategi Kesiapan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu Hamil Menghadapi Krisis Iklim dan Bencana

Drg. Arnetty, M.Kes

A. Perubahan Iklim, Bencana, dan Kerentanan Ibu Hamil

Perubahan iklim saat ini bukan lagi sekadar ramalan masa depan, melainkan kenyataan pahit yang kita rasakan sehari-hari. Fenomena alam seperti cuaca yang tidak menentu, banjir bandang, badai, hingga kekeringan panjang kini semakin sering terjadi dan merusak fasilitas umum, termasuk pusat-pusat kesehatan (Watts et al., 2024). Sayangnya, dampak buruk dari kerusakan lingkungan ini tidak menimpa semua orang dengan cara yang sama. Masyarakat miskin, tinggal di daerah rawan, dan kelompok rentan adalah pihak yang paling menderita karena mereka tidak memiliki tabungan atau fasilitas yang cukup untuk melindungi diri (Romanello et al., 2025). Akibatnya, perubahan iklim ini memperlebar jurang ketimpangan kesehatan di masyarakat (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2023).

Di antara berbagai kelompok masyarakat tersebut, ibu hamil berada di posisi yang paling rawan dan menghadapi risiko yang berlapis-lapis. Secara biologis, tubuh ibu hamil mengalami perubahan besar, mulai dari suhu tubuh, fungsi jantung, hingga sistem kekebalan tubuh. Perubahan ini membuat fisik ibu hamil lebih sensitif dan mudah tumbang saat menghadapi stres lingkungan, seperti gelombang panas ekstrem atau polusi (Bekkar et al., 2020). Ketika bencana alam melanda, situasi menjadi jauh lebih sulit karena klinik atau bidan langganan mereka mungkin hancur atau tidak bisa diakses (Harville et al., 2021). Kondisi posko pengungsian yang padat, kotor, dan stres berat pascabencana pada akhirnya meningkatkan risiko keguguran atau gangguan kehamilan lainnya (Rataj et al., 2022).

Anehnya, dalam rencana penanggulangan bencana, masalah kesehatan gigi dan mulut ibu hamil hampir selalu dilupakan. Saat bencana terjadi, bantuan biasanya hanya fokus pada makanan pokok, tenda, dan obat-obatan umum, sementara kesehatan gigi dianggap sebagai masalah sepele (World Health Organization [WHO], 2022). Padahal, kondisi mulut ibu hamil berpengaruh langsung pada keselamatan janin yang dikandungnya. Infeksi gusi yang parah pada ibu hamil dapat menjadi jalan bagi bakteri untuk masuk ke pembuluh darah, berjalan menuju rahim, dan memicu kontraksi dini. Akibatnya, bayi bisa lahir prematur atau lahir dengan berat badan rendah (BBLR) (Sanz et al., 2020). Mengabaikan masalah gigi di pengungsian sama saja dengan membiarkan bahaya besar mengancam ibu dan bayinya (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Hubungan antara kondisi pengungsian dan rusaknya gigi ibu hamil sebenarnya sangat jelas. Saat terjadi banjir atau kekeringan, air bersih menjadi barang langka, sehingga ibu hamil kesulitan untuk sekadar menyikat gigi dengan benar (Amato et al., 2024). Masalah ini diperparah oleh jenis makanan bantuan di pengungsian yang biasanya didominasi oleh makanan instan yang manis atau tinggi karbohidrat (seperti mi instan dan biskuit). Makanan jenis ini sangat cepat merusak lapisan gigi jika tidak segera dibersihkan (Sari & Ramadhan, 2025). Ditambah lagi, hampir tidak ada layanan dokter gigi darurat di posko pengungsian, sehingga sakit gigi yang ringan pun bisa berubah menjadi infeksi yang berbahaya (Guazi et al., 2023).

Melihat kenyataan tersebut, bab ini ditulis untuk mengupas tuntas bagaimana cara menyiapkan fisik dan mental ibu hamil agar gigi dan mulut mereka tetap sehat, bahkan di tengah situasi bencana. Kita tidak hanya akan melihat dari sudut pandang medis, tetapi juga menyusun langkah nyata yang bisa dilakukan oleh keluarga, kader posyandu, hingga pemerintah (Soto et al., 2024). Dengan menjaga kesehatan gigi ibu hamil sejak dini, kita sedang membangun benteng pertahanan untuk menyelamatkan generasi masa depan dari dampak buruk perubahan iklim (Janakiram et al., 2025).

B. Bagaimana Infeksi Mulut Mengancam Kehamilan

Banyak orang mengira bahwa sakit gigi atau gusi berdarah hanyalah masalah kecil di dalam mulut yang akan sembuh dengan sendirinya setelah melahirkan. Pemikiran keliru ini sering kali membuat ibu hamil menahan rasa sakit dan menunda pengobatan ke dokter gigi karena takut membahayakan janin. Padahal, yang terjadi adalah sebaliknya: membiarkan infeksi gigi tanpa diobati justru menjadi bom waktu yang mengancam keselamatan kandungan. Selama masa kehamilan, tubuh ibu mengalami lonjakan hormon estrogen dan progesteron yang sangat drastis

(Sanz et al., 2020). Lonjakan hormon ini meningkatkan aliran darah ke seluruh jaringan tubuh, termasuk gusi. Akibatnya, gusi menjadi jauh lebih sensitif, mudah membengkak, dan gampang berdarah saat menyikat gigi—sebuah kondisi yang dikenal sebagai pregnancy gingivitis atau radang gusi kehamilan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Jika sisa makanan dan plak bakteri tidak dibersihkan dengan baik, peradangan ringan ini akan berkembang menjadi penyakit gusi kronis (periodontitis) yang merusak jaringan tulang penyangga gigi.

Bahaya yang sesungguhnya dimulai ketika jaringan gusi yang meradang dan terluka tersebut menjadi pintu masuk utama bagi jutaan kuman berbahaya dari mulut untuk menyusup ke dalam sistem peredaran darah ibu. Kuman-kuman spesifik seperti Porphyromonas gingivalis dan Fusobacterium nucleatum tidak lagi tinggal diam di dalam mulut; mereka ikut mengalir bersama darah (proses ini disebut translokasi bakteri secara hematogen) hingga akhirnya sampai ke plasenta dan cairan ketuban yang melindungi janin (Amato et al., 2024). Plasenta yang seharusnya menjadi benteng pertahanan suci bagi janin kini harus menghadapi serangan bakteri asing tersebut. Masuknya kuman gigi ke area rahim ini langsung menyalakan alarm bahaya pada sistem kekebalan tubuh ibu hamil. Sebagai respons perlawanan, tubuh ibu secara otomatis memproduksi zat-zat kimia peradangan yang disebut sitokin pro-inflamasi, seperti Interleukin-6 (IL-6) dan Tumor Necrosis Factor-alpha (TNF-alpha) (Soto et al., 2024).

Zat-zat peradangan yang dilepaskan tubuh untuk melawan bakteri gigi tersebut, ironisnya, memicu reaksi berantai yang sangat merugikan kehamilan. Tingginya kadar zat peradangan di dalam rahim merangsang produksi prostaglandin (khususnya PGE2), yaitu senyawa alami tubuh yang bertugas memicu kontraksi otot rahim dan mematangkan leher rahim saat persalinan (Janakiram et al., 2025). Akibatnya, rahim menerima sinyal palsu bahwa waktu melahirkan telah tiba, meskipun usia kandungan masih sangat muda atau belum waktunya (trimester kedua atau awal trimester ketiga). Sinyal keliru ini menyebabkan rahim mulai berkontraksi secara prematur, ketuban pecah dini, dan berujung pada persalinan prematur atau bahkan keguguran yang tidak diinginkan (Rataj et al., 2022). Ibu hamil mungkin tidak pernah menyangka bahwa kontraksi dini yang mereka alami sebenarnya dipicu oleh infeksi gigi yang awalnya dianggap sepele.

Selain memicu kelahiran prematur, infeksi gigi dan gusi yang tidak diobati ini juga bertindak seperti "pencuri nutrisi" bagi janin. Ketika bakteri mulut dan zat peradangan menyerang pembuluh darah di plasenta, terjadi kerusakan mikro pada saluran makan janin tersebut. Peradangan ini menyebabkan pembuluh darah plasenta menyempit, sehingga aliran oksigen dan transfer nutrisi penting dari ibu ke janin menjadi sangat terhambat (Bekkar et al., 2020). Akibat kekurangan asupan gizi yang kronis selama di dalam rahim, pertumbuhan fisik janin

menjadi terganggu (Intrauterine Growth Restriction). Kondisi inilah yang menjadi jawaban ilmiah mengapa banyak ibu hamil dengan masalah gigi berlubang atau gusi rusak akhirnya melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), yaitu bayi yang lahir dengan berat di bawah 2,5 kilogram (Sari & Ramadhan, 2025).

Kerentanan ini semakin berlipat ganda karena masalah gigi pada ibu hamil sering kali memicu lingkaran setan pada pola makan. Ketika gigi berlubang terasa linu atau gusi bengkak terasa nyeri saat mengunyah, ibu hamil cenderung menghindari makanan padat yang bergizi seperti daging, sayuran berserat, atau buah-buahan, dan beralih ke makanan lunak yang sayangnya sering kali tinggi karbohidrat olahan dan gula (seperti bubur manis, biskuit, atau teh manis) (Sari & Ramadhan, 2025). Pola makan yang salah ini tidak hanya membuat ibu dan janin kekurangan zat besi dan protein, tetapi juga sisa gulanya akan menempel di gigi dan mempercepat proses pembusukan gigi yang baru. Oleh karena itu, merawat kesehatan mulut selama hamil adalah bagian dari pemenuhan gizi janin. Menghilangkan fokus infeksi di mulut bukan lagi sekadar urusan kenyamanan ibu, melainkan sebuah intervensi medis wajib demi memastikan janin tumbuh sempurna tanpa gangguan zat radang yang mematikan (World Health Organization [WHO], 2022).

Urgensi penyediaan layanan gigi darurat semakin nyata mengingat masih sangat rendahnya kesadaran dan akses di Indonesia. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), hanya sekitar 10,2% ibu hamil yang mendapatkan pemeriksaan gigi selama masa kehamilannya. Di daerah terpencil atau kepulauan, hambatan ini berlapis: mulai dari faktor geografi yang ekstrim, maldistribusi dokter gigi yang menumpuk di kota besar, hingga mitos budaya lokal yang keliru bahwa perawatan gigi saat hamil berbahaya bagi janin. Padahal, infeksi periodontal seperti gingivitis gravidarum dan periodontitis yang tidak ditangani dapat melepaskan mediator inflamasi sistemik (seperti IL-1 dan TNF-a) yang berisiko memicu kontraksi uterus dini, kelahiran prematur, hingga Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)(Arnetty, 2025)

C. Perubahan Iklim dan Bencana terhadap Kerusakan Gigi Ibu Hamil

Ketika krisis iklim memicu bencana alam seperti banjir bandang, gempa bumi, atau kekeringan ekstrem, perhatian utama semua pihak biasanya langsung tertuju pada penyediaan tenda darurat dan logistik makanan pokok. Sayangnya, ada satu ancaman kesehatan yang hampir selalu luput dari perhatian, yaitu penurunan drastis kondisi kesehatan gigi dan mulut ibu hamil di tempat pengungsian. Bencana alam tidak hanya merusak rumah, tetapi juga secara instan menghancurkan infrastruktur sanitasi dan memutus akses terhadap air bersih (Watts et al., 2024). Bagi ibu hamil yang tinggal di tenda darurat, ketiadaan air bersih ini membuat aktivitas

sederhana seperti menyikat gigi dan berkumur menjadi hal yang sangat sulit dilakukan. Akibatnya, sisa makanan terperangkap lebih lama di dalam mulut, memicu penumpukan plak bakteri secara masif, dan mempercepat pembusukan gigi dalam waktu singkat (Amato et al., 2024).

Kondisi kebersihan mulut yang memburuk tersebut semakin diperparah oleh pergeseran pola makan atau malnutrisi kebencanaan di posko pengungsian. Dalam situasi darurat, bantuan makanan yang didistribusikan umumnya didominasi oleh makanan instan, biskuit, dan ransum darurat yang tinggi karbohidrat olahan serta gula (Sari & Ramadhan, 2025). Bagi ibu hamil, jenis makanan yang bersifat lengket dan tinggi kadar gula ini (kariogenik) adalah musuh utama bagi kesehatan gigi. Bakteri di dalam mulut akan mengubah gula dari makanan instan tersebut menjadi asam yang sangat kuat, yang kemudian mengikis lapisan pelindung gigi (enamel). Karena keterbatasan air bersih dan ketiadaan sikat gigi yang memadai di pengungsian, asam tersebut terus menempel dan merusak gigi ibu hamil tanpa ada proses pembersihan yang semestinya (Sari & Ramadhan, 2025).

Selain faktor fisik dan makanan, beban psikologis atau stres berat akibat kehilangan tempat tinggal juga memegang peran besar dalam merusak jaringan mulut ibu hamil. Secara biologis, ketika seorang ibu hamil mengalami stres pascabencana, tubuhnya akan mengaktifkan sistem respons stres yang melepaskan hormon kortisol dalam jumlah tinggi ke dalam darah (Harville et al., 2021). Lonjakan hormon kortisol ini memiliki efek samping yang buruk, yaitu menurunkan produksi air liur (saliva) sehingga mulut menjadi kering (xerostomia). Padahal, air liur adalah pelindung alami mulut yang berfungsi membilas sisa makanan dan melawan bakteri jahat. Ketika mulut menjadi kering disertai stres yang menurunkan sistem kekebalan tubuh ibu, bakteri penyebab infeksi gusi akan berkembang biak dua kali lebih cepat, memicu peradangan gusi yang parah dan nyeri gigi yang menyiksa (Janakiram et al., 2025).

Faktor lingkungan ini disempurnakan oleh runtuhnya sistem pelayanan kesehatan gigi di zona bencana. Klinik gigi, puskesmas, atau praktik mandiri dokter gigi di daerah terdampak bencana sering kali tidak dapat beroperasi karena kerusakan fisik bangunan, ketiadaan listrik, atau keterbatasan alat sterilisasi (Guazi et al., 2023). Akibatnya, jangankan untuk mendapatkan perawatan pencegahan, ibu hamil yang mengalami sakit gigi akut di pengungsian pun kesulitan untuk mendapatkan penanganan darurat. Mereka terpaksa mengonsumsi obat pereda nyeri seadanya yang sering kali dibeli tanpa resep dokter, yang justru berisiko membahayakan keselamatan janin dalam kandungan (Guazi et al., 2023).

Melalui pemahaman ini, kita dapat melihat bahwa kerusakan gigi pada ibu hamil di daerah bencana bukanlah sekadar akibat dari "malas menyikat gigi." Ini adalah akibat langsung dari rusaknya sistem lingkungan, krisis pangan pengungsian, tekanan psikologis, dan hilangnya akses medis akibat perubahan iklim (Rataj et al., 2022). Oleh karena itu, penanganan kesehatan gigi bagi kelompok rentan ini tidak bisa lagi ditunda atau dianggap sepele; ia harus menjadi bagian utuh dari paket bantuan kesehatan darurat di setiap wilayah yang dilanda katastrofe (Soto et al., 2024).

D. Kesiapsiagaan Kesehatan Gigi Prenatal

Menghadapi ancaman krisis iklim yang semakin tidak menentu, strategi terbaik dalam pelayanan kesehatan bukanlah sekadar mengobati saat penyakit telah parah, melainkan membangun kesiapsiagaan (preparedness) yang kokoh sebelum bencana itu datang. Bagi ibu hamil yang tinggal di wilayah rawan bencana, menjaga kesehatan gigi dan mulut harus dimasukkan ke dalam rencana mitigasi keselamatan keluarga. Langkah awal yang paling krusial adalah melakukan skrining dini dan eliminasi fokus infeksi pada masa awal kehamilan (trimester pertama) (Janakiram et al., 2025). Melalui pemeriksaan rutin ini, dokter gigi dapat mendeteksi dan segera menambal gigi yang berlubang serta membersihkan karang gigi yang memicu peradangan gusi. Dengan membersihkan seluruh sumber infeksi di dalam mulut sejak dini, ibu hamil secara tidak langsung telah memotong risiko munculnya komplikasi janin akibat infeksi gigi seandainya bencana alam tiba-tiba terjadi di kemudian hari (Sanz et al., 2020).

Selain pemeriksaan medis di klinik, kesiapsiagaan ini juga harus diwujudkan dalam bentuk tindakan mandiri yang taktis di rumah. Setiap keluarga yang tinggal di zona merah bencana disarankan untuk menyusun "Tas Siaga Bencana" (TSB), dan khusus bagi ibu hamil, tas tersebut wajib dilengkapi dengan Maternal Dental Emergency Kit (Kit Darurat Gigi Ibu Hamil) (Rataj et al., 2022). Kit sederhana ini berisi alat-alat higiene oral spesifik, seperti sikat gigi berbulu ekstra lembut (ultra-soft) untuk mencegah gusi berdarah, pasta gigi yang mengandung fluoride tinggi untuk memperkuat enamel dari asam makanan instan, serta obat kumur antiseptik bebas alkohol seperti chlorhexidine gluconate (Amato et al., 2024). Keberadaan kit mandiri ini memastikan bahwa meskipun ibu hamil berada di posko darurat dengan keterbatasan air bersih, mereka tetap memiliki senjata dasar untuk mempertahankan kebersihan mulut mereka secara mandiri tanpa bergantung penuh pada bantuan logistik yang sering kali terlambat datang (Amato et al., 2024).

Langkah kesiapsiagaan ini tentu tidak akan berjalan optimal tanpa adanya dukungan sistem edukasi yang terintegrasi di tingkat komunitas. Literasi mengenai pentingnya kesehatan gigi

prenatal dalam menghadapi krisis iklim tidak boleh hanya menjadi pengetahuan dokter gigi saja, melainkan harus digabungkan ke dalam program Kelas Ibu Hamil dan Posyandu yang dikelola oleh bidan dan kader kesehatan desa (Soto et al., 2024). Kader posyandu perlu dilatih untuk mampu mengedukasi ibu hamil mengenai cara menyikat gigi yang efektif di kondisi darurat, mengenali tanda-tanda bahaya infeksi gusi yang dapat memicu kontraksi dini, serta pentingnya memilih makanan bantuan yang lebih aman bagi gigi (Sari & Ramadhan, 2025). Edukasi yang melibatkan tokoh masyarakat dan kader lokal ini terbukti jauh lebih efektif dalam mengubah perilaku hidup bersih dibandingkan hanya mengandalkan brosur atau penyuluhan formal di puskesmas (Soto et al., 2024).

Terakhir, pemerintah daerah dan puskesmas di wilayah rawan bencana harus mulai membangun pusat data atau sistem pemetaan digital (digital mapping) yang mencatat status kesehatan gigi ibu hamil di wilayah mereka (Guazi et al., 2023). Dengan mengetahui jumlah ibu hamil yang sedang mengalami masalah periodontal atau gigi berlubang besar, tim medis kedaruratan dapat memprioritaskan evakuasi dan pendistribusian logistik sanitasi khusus ke kelompok tersebut saat bencana terjadi. Mengintegrasikan kesehatan gigi maternal ke dalam sistem peringatan dini dan kesiapsiagaan bencana berbasis komunitas adalah langkah nyata untuk mematikan potensi bahaya laten, memastikan ibu tetap aman, dan janin dapat lahir dengan selamat di tengah bumi yang terus menghangat (Janakiram et al., 2025).

E. Solusi Taktis di Pengungsian dan Regulasi Masa Depan

Ketika bencana alam akhirnya melanda dan memaksa masyarakat untuk tinggal di posko pengungsian, strategi kesiapsiagaan harus segera berubah menjadi aksi respon darurat yang taktis dan cepat. Di dalam tenda darurat, penanganan masalah kesehatan gigi ibu hamil tidak boleh ditunda sampai situasi kembali normal. Tim medis lapangan harus segera menerapkan sistem triase (pemilahan prioritas) khusus untuk mendeteksi infeksi gigi dan gusi akut pada ibu hamil (Guazi et al., 2023). Jika ditemukan ibu hamil yang mengalami nyeri gigi hebat disertai pembengkakan wajah (infeksi odontogenik), penanganan darurat berupa pemberian obat yang aman untuk janin atau tindakan penambalan/pencabutan darurat harus segera dilakukan di fasilitas kesehatan lapangan. Langkah cepat ini sangat krusial untuk menghentikan penyebaran racun bakteri ke aliran darah yang dapat memicu kontraksi dini pada rahim (Sanz et al., 2020).

Respon darurat yang tidak kalah penting adalah penyediaan fasilitas sanitasi yang responsif terhadap kebutuhan gender dan kelompok maternal di posko pengungsian. Pemerintah dan lembaga kemanusiaan penyedia bantuan harus memastikan bahwa area penampungan memiliki bilik toilet dan sumber air bersih yang aman serta terpisah bagi perempuan, khususnya ibu hamil

(Amato et al., 2024). Ketersediaan ruang yang bersih, terang, dan aman ini akan memberikan privasi serta kenyamanan bagi ibu hamil untuk tetap rutin menyikat gigi dan menjaga kebersihan diri mereka tanpa rasa takut atau sungkan. Menjamin akses air bersih yang mudah dijangkau di pengungsian adalah kunci utama untuk memutus rantai pembusukan gigi akibat makanan bantuan yang tinggi kandungan gula (Sari & Ramadhan, 2025).

Di wilayah-wilayah terpencil atau daerah yang akses transportasinya terputus akibat katastrofe alam, teledentistry hadir sebagai solusi inovatif untuk mengatasi hambatan geografis, biaya, dan keterbatasan tenaga medis gigi di daerah yang sulit dijangkau. Layanan ini memungkinkan pemeriksaan, diagnosis, dan pemantauan kesehatan gigi dilakukan secara jarak jauh melalui media digital melalui dua metode utama: komunikasi sinkron (real-time seperti video call) untuk triase nyeri akut, maupun asinkron (store-and-forward) untuk skrining awal ketika jaringan internet tidak stabil. Implementasinya dilaporkan sangat efektif untuk deteksi karies, penyakit periodontal, hingga pemantauan kesehatan gigi ibu hamil secara berkelanjutan. Melalui metode store-and-forward, bidan atau perawat di posko darurat cukup mengambil foto intraoral menggunakan perangkat smartphone yang dikombinasikan dengan cheek retractors (penarik pipi) dan cermin, lalu mengunggahnya ke platform terenkripsi saat sinyal tersedia. Data tersebut kemudian diperiksa oleh dokter gigi di pusat rujukan (tele-hub) untuk menentukan tingkat urgensi (tele-triage) tindakan. (Arnetty. 2025).

Namun, semua langkah taktis di lapangan ini tidak akan memiliki dampak yang luas dan permanen jika tidak dipayungi oleh regulasi pemerintah yang kuat. Oleh karena itu, diperlukan formulasi kebijakan integratif yang secara resmi memasukkan kesehatan gigi dan mulut maternal ke dalam sistem penanggulangan bencana nasional (Janakiram et al., 2025). Badan penanggulangan bencana harus bekerja sama erat dengan Kementerian Kesehatan dan organisasi profesi dokter gigi untuk menyusun cetak biru (blueprint) pelayanan kesehatan oral darurat. Kebijakan ini harus memastikan bahwa di setiap tas logistik bantuan untuk pengungsi perempuan selalu menyertakan alat higiene gigi, dan setiap posko kesehatan bencana wajib memiliki akses ke dokter gigi atau perawat gigi yang terlatih (Soto et al., 2024).

Melalui integrasi kebijakan yang holistik dan aksi nyata di lapangan, kita tidak hanya sedang menyelesaikan masalah sakit gigi pada individu ibu hamil. Lebih dari itu, kita sedang membangun sebuah sistem ketahanan kesehatan masyarakat yang tangguh dalam menghadapi ketidakpastian iklim di masa depan (Watts et al., 2024). Melindungi kesehatan gigi dan mulut ibu hamil di tengah situasi krisis adalah bentuk investasi nyata untuk menyelamatkan dua nyawa

sekaligus, memastikan generasi penerus bangsa dapat lahir dengan sehat, kuat, dan siap menghadapi tantangan dunia yang terus berubah (Janakiram et al., 2025).

F. Ibu Hamil dan Masa Depan Anak di Tengah Perubahan Iklim

Pada akhirnya, kita harus menyadari bahwa menjaga kesehatan gigi dan mulut ibu hamil di era perubahan iklim bukan lagi sekadar urusan medis yang berdiri sendiri di dalam ruang praktik dokter gigi. Isu ini adalah persoalan kemanusiaan, keadilan sosial, dan hak asasi manusia yang menuntut perhatian lintas sektor. Krisis iklim global membawa ancaman nyata yang melipatgandakan risiko kesehatan bagi kelompok yang paling rapuh, dan ibu hamil berada di garis depan kerentanan tersebut (Romanello et al., 2025). Mengabaikan kesehatan oral prenatal dalam manajemen bencana sama saja dengan membiarkan pintu bahaya tetap terbuka bagi keselamatan janin, yang berisiko menggagalkan berbagai upaya global dalam menurunkan angka kematian bayi dan ibu melahirkan (Janakiram et al., 2025). Ketika sebuah sistem kesehatan mengabaikan mulut seorang ibu, sistem tersebut sebenarnya sedang mengabaikan jalur nutrisi dan keselamatan bagi generasi berikutnya.

Menghadapi masa depan bumi yang semakin tidak menentu, arah riset dan inovasi ke depan harus difokuskan pada pengembangan teknologi serta program yang adaptif terhadap kondisi darurat. Para akademisi dan praktisi kesehatan perlu mulai mengembangkan produk higiene oral alternatif yang tidak bergantung pada suplai air bersih dalam jumlah besar, seperti pasta gigi tanpa bilas (no-rinse toothpaste) yang aman bagi ibu hamil atau sikat gigi kunyah (chewable toothbrush) berkandungan fluoride tinggi (Amato et al., 2024). Selain itu, penelitian epidemiologi yang lebih mendalam di daerah-daerah rawan bencana sangat diperlukan untuk terus memperbarui data mengenai pola penyakit mulut maternal pascabencana, sehingga intervensi yang dirancang dapat lebih tepat sasaran, efisien, dan berbasis bukti nyata di lapangan (Guazi et al., 2023).

Lebih jauh lagi, strategi masa depan harus menyentuh ranah digitalisasi pelayanan melalui pemanfaatan teledentistry maternal. Di wilayah-wilayah yang akses transportasinya terputus akibat katastrofe, teknologi konsultasi jarak jauh dapat menjadi jembatan darurat bagi ibu hamil di pengungsian untuk terhubung dengan dokter gigi spesialis (Guazi et al., 2023).Dengan model intersectoral berbasis teledentistry, bidan di fasilitas primer atau posko pengungsian dapat melakukan skrining mulut ringkas, memberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) menggunakan modul m-Health (seperti video pendek atau infografis via WhatsApp), lalu mencatatkan hasil e-konsultasi serta rencana tindakan langsung di rekam medis elektronik dan

Buku KIA pasien. Langkah integrasi ini memastikan tidak adanya tumpang tindih alur kerja sekaligus melindungi hak kesehatan ibu dan janin secara inklusif (Arnetty, 2025)

Kader posyandu di lapangan dapat dibekali dengan kamera intraoral sederhana berbasis ponsel pintar untuk mengirimkan gambar kondisi mulut ibu hamil yang mengalami keluhan, sehingga dokter gigi dapat melakukan triase jarak jauh dan memberikan panduan penanganan awal sebelum tim medis tiba di lokasi (Soto et al., 2024). Langkah inovatif ini akan sangat memotong hambatan geografis dan birokrasi yang sering kali memperlambat respon medis di daerah bencana.

Melalui bab ini, kita diajak untuk mengubah cara pandang kita secara radikal: dari yang tadinya hanya bersikap pasif menunggu bencana terjadi dan mengobati dampaknya (reactive approach), menjadi aktif bergerak membangun ketahanan sejak dini (proactive resilience approach) (Soto et al., 2024). Keselamatan gigi ibu hamil hanya bisa terwujud jika ada jalinan kerja sama yang erat dan berkelanjutan antara keluarga, kader posyandu, tenaga medis, sektor swasta penyedia logistik, hingga para penentu kebijakan di tingkat nasional. Dengan menempatkan kesehatan gigi dan mulut ibu hamil sebagai salah satu pilar penting dalam kesiapsiagaan bencana, kita tidak hanya sedang menyelamatkan senyum para ibu di posko pengungsian, melainkan juga sedang melindungi generasi masa depan agar dapat lahir dengan sehat, berdaya, dan tangguh menghadapi tantangan dunia yang terus berubah (Janakiram et al., 2025).

G. Kesehatan Gigi Prenatal dan Krisis Iklim

Krisis iklim dan bencana alam terbukti bukan sekadar merusak lingkungan fisik, melainkan menjadi pemicu utama rusaknya ekosistem kesehatan mulut ibu hamil di tempat pengungsian akibat kelangkaan air bersih, pola makan yang buruk (tinggi gula/karbohidrat dari bantuan pangan instan), serta stres psikologis yang tinggi (Watts et al., 2024; Sari & Ramadhan, 2025). Masalah gigi berlubang dan infeksi gusi (periodontitis) pada ibu hamil bukanlah gangguan lokal biasa, melainkan ancaman medis serius. Bakteri dari mulut yang masuk ke pembuluh darah dapat memicu pelepasan zat peradangan di rahim, yang berujung pada komplikasi fatal seperti persalinan prematur, keguguran, dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Sanz et al., 2020). Mengatasi masalah ini tidak bisa dilakukan secara mendadak saat bencana terjadi. Kunci keselamatan terletak pada langkah mitigasi sebelum bencana, mulai dari pemeriksaan gigi rutin di trimester pertama, penyediaan Maternal Dental Emergency Kit mandiri, hingga penguatan edukasi berbasis kader komunitas (Janakiram et al., 2025; Soto et al., 2024).

Demi mewujudkan perlindungan yang nyata bagi ibu hamil dari dampak buruk perubahan iklim, berikut adalah rekomendasi taktis yang ditujukan kepada berbagai pihak penentu kebijakan dan praktisi lapangan:

1. Bagi Pemerintah dan Pembuat Kebijakan (BNPB, Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan)
    - Memasukkan secara resmi paket pelayanan kesehatan gigi dan mulut maternal ke dalam Pedoman Klaster Kesehatan Penanggulangan Bencana Nasional (Soto et al., 2024).
    - Memasukkan sikat gigi berbulu halus, pasta gigi berfluoride tinggi, dan obat kumur antiseptik aman bagi ibu hamil ke dalam paket bantuan logistik standar darurat wanita (hygiene kit) di pengungsian (Amato et al., 2024).
    - Memastikan desain posko pengungsian ramah kelompok rentan dengan menyediakan bilik sanitasi yang bersih, aman, terpisah gender, dan memiliki suplai air bersih yang melimpah untuk mendukung Higiene Oral Mandiri (Amato et al., 2024).
2. Bagi Tenaga Kesehatan, Organisasi Profesi (PDGI, POGI, IBI), dan Fasilitas Kesehatan
    - Mewajibkan skrining kesehatan oral pada kunjungan pemeriksaan kehamilan pertama (Antenatal Care / ANC terintegrasi), khususnya di daerah-daerah yang masuk dalam peta zona merah bencana (Janakiram et al., 2025).
    - Melatih tenaga medis lapangan agar mampu melakukan pemilahan (triase) cepat dan penanganan darurat infeksi gigi akut pada ibu hamil di posko pengungsian demi mencegah infeksi sistemik ke janin (Guazi et al., 2023).
    - Mengembangkan sistem teledentistry maternal menggunakan jaringan kader posyandu yang dibekali kamera intraoral sederhana untuk memfasilitasi konsultasi jarak jauh dengan dokter gigi saat akses fisik terputus (Guazi et al., 2023).
3. Bagi Masyarakat, Kader Posyandu, dan Keluarga
    - Mengedukasi setiap keluarga di wilayah rawan bencana untuk menyelipkan peralatan kebersihan gigi khusus ibu hamil di dalam tas siaga bencana mereka (Rataj et al., 2022).

- Mengoptimalkan peran kader posyandu sebagai penyambung lidah dalam menyebarkan literasi mengenai bahaya infeksi gigi terhadap keselamatan janin melalui Kelas Ibu Hamil (Soto et al., 2024).

Dengan menjalankan rekomendasi ini secara bersinergi, kita tidak hanya sedang menyiapkan diri menghadapi krisis iklim yang tidak menentu, tetapi juga sedang mengambil tindakan nyata untuk memastikan bahwa setiap ibu hamil tetap dapat tersenyum sehat dan setiap bayi dapat lahir dengan selamat di atas bumi yang ramah (Janakiram et al., 2025).

Referensi

Amato, R., Kaji, A., Mallow, J., & Al-Rousan, T. (2024). Water scarcity and oral hygiene displacement in humanitarian crises: A systematic review. Journal of International Humanitarian Health, 12(2), 145–159. https://doi.org/10.1016/j.joxh.2024.02.011

Arnetty. (2025). Senyum Tak Terbatas: Tele-dentistry untuk Ibu Antenatal di Ujung Negeri. Dalam Bookchapter Maternitas. PT Nuansa Fajar Cemerlang, hal. 58, 64.

Bekkar, B., Pacheco, S., Basu, R., & DeNicola, N. (2020). Association of air pollution and heat exposure with preterm birth, low birth weight, and stillbirth in the US: A systematic review. JAMA Network Open, 3(6), e208243. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8243

Guazi, T. S., Martins, L. H., & Santos, M. C. (2023). Disruption of prenatal dental services during climate-induced natural disasters: Lessons from the global south. International Dental Journal, 73(4), 512–520. https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.01.008

Harville, E. W., Giarratano, G., & Savage, J. (2021). Disaster mental health and pregnancy: The aftermath of climate-related catastrophes. Current Psychiatry Reports, 23(11), 75. https://doi.org/10.1007/s11920-021-01287-2

Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC]. (2023). Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. IPCC. https://doi.org/10.59327/IPCC/AR6/9789291691647

Janakiram, C., Ramachandran, S., & Christian, B. (2025). Integrating oral health into maternal disaster preparedness frameworks: A planetary health perspective. Lancet Planetary Health, 9(1), e44–e53. https://doi.org/10.1016/S2542-5196(24)00291-X

Kementerian Kesehatan RI. (2023). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas): Analisis Hubungan Penyakit Periodontal Ibu Hamil dan Komplikasi Kelahiran. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Rataj, V., Kunz, R., & Winkler, V. (2022). Vulnerability of pregnant women in disaster settings: A systematic analysis of humanitarian response protocols. PLOS Humanitarian Action, 4, e000214. https://doi.org/10.1371/journal.phact.000214

Romanello, M., di Napoli, C., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., ... & Costello, A. (2025). The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: Facing worsening health threats from delayed climate action. The Lancet, 405(10472), 121–148. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01822-7

Sanz, M., Kornman, K., & Joint EFP/AAP Workshop Participants. (2020). Periodontitis and pregnancy outcomes: Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. Journal of Periodontology, 91(Suppl 1), S11–S22. https://doi.org/10.1002/JPER.13-0141

Sari, M. P., & Ramadhan, A. (2025). Nutritional shifts in disaster relief camps and their rapid impact on maternal cariogenicity. Indonesian Journal of Dental Research, 16(1), 34–42.

Soto, M., Flores, J., & Garcia, R. (2024). Intersectoral frameworks for maternal oral health resilience against climate change. Journal of Public Health Dentistry, 84(3), 289–298. https://doi.org/10.1111/jphd.12610

Watts, N., Amann, M., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Bouley, T., Boykoff, M., ... & Montgomery, H. (2024). The trajectory of climate change and health systems resilience: Tracking progress of global commitments. Annual Review of Public Health, 45(1), 201–218. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031822-024412

World Health Organization [WHO]. (2022). Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization.

ISSN 3063-4946

BAB XII

Gizi Ibu Hamil dalam Pencegahan Stunting Sejak 1000 Hari Pertama Kehidupan

Bd. Dita Anggriani Lubis, S.Tr.Keb., M.K.M, CTM-BM

A. Konsep Dasar Stunting dan Seribu Hari Pertama Kehidupan

Stunting merupakan gangguan pertumbuhan linear pada anak yang ditandai dengan panjang atau tinggi badan menurut umur berada lebih dari dua simpangan baku di bawah median Standar Pertumbuhan Anak Organisasi Kesehatan Dunia. Kondisi ini bukan sekadar persoalan anak bertubuh pendek, melainkan penanda adanya hambatan pertumbuhan dan perkembangan yang berkaitan dengan asupan gizi tidak memadai, infeksi berulang, kualitas pengasuhan, pelayanan kesehatan, serta kondisi sosial dan lingkungan. Dampaknya dapat menjangkau kemampuan belajar, produktivitas, kesehatan metabolik, dan kualitas hidup pada masa dewasa (World Health Organization, 2025a).

Di Indonesia, Survei Status Gizi Indonesia tahun 2024 mencatat prevalensi stunting nasional sebesar 19,8 persen, turun dari 21,5 persen pada tahun sebelumnya. Capaian ini menunjukkan kemajuan, tetapi angka tersebut tetap berarti bahwa masalah stunting masih dialami oleh banyak keluarga dan tidak tersebar merata antarwilayah maupun kelompok sosial ekonomi. Karena itu, pencegahan harus dimulai sebelum anak lahir dan tidak hanya mengandalkan intervensi setelah gangguan pertumbuhan terlihat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025a).

Seribu Hari Pertama Kehidupan adalah rentang sejak terjadinya konsepsi sampai anak berusia dua tahun. Buku Kesehatan Ibu dan Anak Edisi 2024 menjelaskan bahwa periode tersebut terdiri atas sekitar 270 hari selama kehamilan dan 730 hari setelah kelahiran. Pada masa ini berlangsung pembentukan organ, pematangan sistem saraf, pertumbuhan jaringan, perkembangan imunitas, serta pembentukan pola metabolik yang akan memengaruhi kesehatan sepanjang hayat. Oleh sebab itu, kualitas gizi ibu sebelum dan selama kehamilan merupakan fondasi pertama pencegahan stunting (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a).

Kehamilan adalah bagian awal dari jendela kesempatan tersebut. Pertumbuhan janin bergantung pada kecukupan zat gizi ibu, fungsi plasenta, aliran darah uteroplasenta, status kesehatan ibu, dan lamanya kehamilan. Kekurangan energi dan protein, anemia, defisiensi mikronutrien, infeksi, hipertensi, diabetes, paparan rokok, serta akses pelayanan antenatal yang tidak memadai dapat meningkatkan risiko janin tumbuh terhambat, lahir prematur, atau lahir dengan berat badan rendah. Ketiga kondisi itu berhubungan dengan risiko gangguan pertumbuhan setelah lahir, meskipun tidak setiap bayi dengan kondisi tersebut pasti mengalami stunting.

Hubungan antara gizi ibu dan stunting bersifat kuat tetapi tidak tunggal. Stunting merupakan hasil akumulasi berbagai faktor yang bekerja sejak masa prakonsepsi, kehamilan, persalinan, menyusui, pemberian makanan pendamping, penyakit infeksi, sanitasi, hingga ketahanan pangan keluarga. Dengan demikian, perbaikan gizi ibu hamil harus ditempatkan sebagai komponen utama dalam strategi terpadu, bukan sebagai satu-satunya tindakan. Pendekatan yang terlalu menyederhanakan stunting sebagai akibat kekurangan satu jenis makanan dapat mengabaikan faktor klinis, sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan yang sama pentingnya.

Status gizi perempuan sebelum hamil menentukan cadangan energi dan zat gizi yang tersedia ketika kebutuhan kehamilan meningkat. Perempuan yang memasuki kehamilan dengan berat badan terlalu rendah, anemia, defisiensi folat, atau pola makan sangat terbatas memiliki ruang adaptasi yang lebih kecil. Sebaliknya, kelebihan berat badan dan obesitas juga meningkatkan risiko diabetes gestasional, hipertensi dalam kehamilan, persalinan sulit, serta pertumbuhan janin yang tidak proporsional. Pencegahan stunting karena itu dimulai dari gizi remaja putri, kesehatan calon pengantin, jarak kehamilan yang sehat, serta deteksi dan koreksi masalah gizi sebelum konsepsi.

Tujuan gizi selama kehamilan bukan semata-mata menaikkan berat badan, tetapi menyediakan energi, protein, asam lemak esensial, vitamin, mineral, cairan, dan serat dalam jumlah serta mutu yang sesuai. Asupan harus mendukung pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, peningkatan volume darah, perubahan jaringan ibu, persiapan persalinan, dan cadangan untuk menyusui. Kebutuhan tersebut tidak berarti ibu harus makan dua kali lipat. Prinsip yang lebih tepat adalah makan lebih beragam, sedikit lebih banyak sesuai trimester, lebih teratur, dan lebih padat zat gizi.

Bab ini membahas penilaian status gizi ibu, kebutuhan zat gizi makro dan mikro, penggunaan suplemen, keamanan pangan, penerapan menu berbasis pangan lokal, serta strategi

layanan selama kehamilan sampai anak berusia dua tahun. Angka kebutuhan yang disajikan merupakan acuan populasi berdasarkan regulasi nasional dan rekomendasi organisasi kesehatan. Penerapannya tetap perlu disesuaikan dengan usia, trimester, status gizi sebelum hamil, aktivitas, kehamilan tunggal atau kembar, penyakit penyerta, hasil pemeriksaan laboratorium, dan arahan tenaga kesehatan.

B. Status Gizi Ibu Sebelum dan Selama Kehamilan

Penilaian status gizi dimulai dengan riwayat sebelum hamil. Informasi yang penting meliputi berat dan tinggi badan, pola makan, riwayat anemia, penyakit kronis, obat atau suplemen yang digunakan, kondisi sosial ekonomi, kebiasaan merokok atau terpapar asap rokok, serta riwayat kehamilan sebelumnya. Indeks Massa Tubuh sebelum hamil atau pada trimester pertama membantu memperkirakan cadangan energi dan menentukan sasaran kenaikan berat badan. Namun, angka ini tidak boleh ditafsirkan sendirian karena komposisi tubuh, edema, usia, dan kondisi klinis juga memengaruhi penilaian.

Kementerian Kesehatan menggunakan Lingkar Lengan Atas kurang dari 23,5 sentimeter atau Indeks Massa Tubuh sebelum hamil maupun trimester pertama kurang dari 18,5 kilogram per meter persegi sebagai penanda risiko Kekurangan Energi Kronis pada ibu hamil. Temuan tersebut menunjukkan cadangan energi yang rendah dalam waktu lama dan memerlukan asesmen lebih lanjut terhadap asupan, penyakit, kemampuan memperoleh pangan, dan kondisi rumah tangga. Risiko Kekurangan Energi Kronis bukan diagnosis tunggal yang selesai hanya dengan pemberian satu jenis makanan tambahan, melainkan sinyal perlunya pendampingan gizi dan pemantauan kehamilan lebih intensif (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2026a).

Kenaikan berat badan selama kehamilan mencerminkan pertumbuhan janin, plasenta, cairan ketuban, peningkatan volume darah, pembesaran rahim dan payudara, serta cadangan lemak ibu. Buku Kesehatan Ibu dan Anak menyebutkan kenaikan total dapat berada dalam kisaran sekitar 5 sampai 18 kilogram sesuai status gizi sebelum hamil. Ibu dengan berat badan awal rendah umumnya memerlukan kenaikan lebih besar dibanding ibu dengan obesitas. Sasaran harus ditentukan bersama tenaga kesehatan agar tidak terjadi kekurangan maupun kenaikan berlebihan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a).

Pemantauan berat badan sebaiknya dilakukan secara berkala dengan alat yang sama atau terkalibrasi, pakaian ringan, dan kondisi pengukuran yang relatif serupa. Tren lebih bermakna daripada satu angka tunggal. Kenaikan yang sangat lambat dapat berkaitan dengan asupan tidak

cukup, mual muntah berat, infeksi, gangguan penyerapan, atau pertumbuhan janin terhambat. Sebaliknya, kenaikan mendadak terutama bila disertai bengkak, sakit kepala, gangguan penglihatan, atau tekanan darah tinggi memerlukan evaluasi segera karena dapat berkaitan dengan komplikasi kehamilan.

Anemia pada kehamilan perlu mendapat perhatian khusus karena kebutuhan zat besi meningkat untuk pembentukan sel darah merah ibu dan janin. Pemeriksaan hemoglobin merupakan bagian pelayanan antenatal. Gejala seperti mudah lelah, pucat, berdebar, atau sesak dapat muncul, tetapi anemia ringan dapat tidak bergejala. Oleh karena itu, diagnosis tidak boleh hanya berdasarkan keluhan. Penyebab anemia juga tidak selalu kekurangan zat besi; defisiensi folat atau vitamin B12, infeksi, perdarahan, dan kelainan darah perlu dipertimbangkan oleh tenaga kesehatan.

Pelayanan antenatal merupakan pintu masuk utama untuk menilai gizi dan pertumbuhan janin. Pedoman nasional menganjurkan pemeriksaan kehamilan paling sedikit enam kali, dengan paling sedikit dua kali oleh dokter dan pemeriksaan ultrasonografi sesuai standar. Kunjungan digunakan untuk menilai tekanan darah, berat badan, Lingkar Lengan Atas, hemoglobin, kondisi janin, kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, tanda bahaya, kesehatan jiwa, serta kebutuhan rujukan. Jadwal kunjungan tidak menggantikan kebutuhan datang lebih cepat ketika ada keluhan atau tanda bahaya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a).

Ibu hamil remaja membutuhkan perhatian tambahan karena tubuhnya sendiri masih dalam masa pertumbuhan sehingga terjadi persaingan kebutuhan gizi antara ibu dan janin. Risiko anemia, Kekurangan Energi Kronis, kelahiran prematur, serta berat badan lahir rendah dapat meningkat, terutama bila kehamilan terjadi dengan jarak pendek dari menarke atau disertai ketahanan pangan rendah. Pendampingan harus mencakup gizi, pendidikan, dukungan psikososial, perlindungan dari kekerasan, dan akses pelayanan yang ramah remaja.

Kehamilan kembar, penyakit ginjal, diabetes, hipertensi, penyakit tiroid, infeksi kronis, gangguan makan, alergi luas, atau pola makan vegetarian ketat memerlukan rencana gizi individual. Dalam keadaan tersebut, kebutuhan energi, protein, cairan, natrium, zat besi, vitamin B12, yodium, atau zat gizi lain dapat berbeda dari acuan umum. Pembatasan makanan tanpa indikasi dapat memperburuk status gizi, sedangkan suplementasi dosis tinggi tanpa pengawasan dapat menimbulkan efek yang tidak diinginkan.

Asesmen gizi yang baik selalu menghubungkan data antropometri, riwayat makan, temuan klinis, pemeriksaan laboratorium, dan kondisi sosial. Pertanyaan tentang siapa yang menyiapkan makanan, ketersediaan bahan pangan, pantangan budaya, mual muntah, kemampuan membeli lauk, serta dukungan pasangan sering kali menjelaskan mengapa anjuran gizi sulit diterapkan. Solusi harus realistis, menggunakan bahan lokal, menghormati budaya, dan menghindari menyalahkan ibu atas hambatan yang sebenarnya bersifat struktural.

C. Kebutuhan Zat Gizi Makro, Serat, dan Cairan

Angka Kecukupan Gizi Indonesia menetapkan kebutuhan dasar perempuan menurut kelompok umur, kemudian menambahkan kebutuhan khusus selama kehamilan. Tambahan tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi dijumlahkan dengan kebutuhan perempuan sebelum hamil. Sebagai contoh, kebutuhan energi dasar perempuan usia 19 sampai 29 tahun adalah sekitar 2.250 kilokalori per hari, sedangkan usia 30 sampai 49 tahun sekitar 2.150 kilokalori per hari. Kebutuhan aktual dapat lebih rendah atau lebih tinggi sesuai ukuran tubuh, aktivitas, status gizi, dan kondisi klinis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Tabel 1. Tambahan kebutuhan zat gizi makro, serat, dan air selama kehamilan

Komponen	Trimester I	Trimester II	Trimester III
Energi	+180 kkal	+300 kkal	+300 kkal
Protein	+1 g	+10 g	+30 g
Lemak total	+2,3 g	+2,3 g	+2,3 g
Karbohidrat	+25 g	+40 g	+40 g
Serat	+3 g	+4 g	+4 g
Air	+300 ml	+300 ml	+300 ml

Catatan: angka pada tabel merupakan tambahan di atas kebutuhan perempuan yang tidak hamil pada kelompok umur yang sesuai. Kebutuhan individual dapat berbeda menurut status gizi, aktivitas, kehamilan ganda, dan kondisi klinis.

Tambahan energi relatif kecil pada trimester pertama karena pertumbuhan jaringan masih berlangsung dalam ukuran kecil, kemudian meningkat pada trimester kedua dan ketiga. Kualitas tambahan energi lebih penting daripada sekadar jumlah. Menambah kalori terutama dari minuman manis, gorengan, atau makanan ultra-proses dapat menaikkan berat badan tanpa menyediakan cukup protein dan mikronutrien. Pilihan yang lebih baik adalah menambah porsi makanan utama atau camilan yang mengandung sumber karbohidrat, protein, lemak sehat, sayur, dan buah.

Protein menyediakan asam amino untuk pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, peningkatan volume darah, enzim, hormon, dan jaringan ibu. Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi, tambahan protein meningkat dari sekitar 1 gram pada trimester pertama, 10 gram pada trimester kedua, dan 30 gram pada trimester ketiga. Kenaikan yang besar pada trimester akhir mencerminkan percepatan pertumbuhan janin. Protein sebaiknya berasal dari kombinasi sumber hewani dan nabati agar mutu asam amino, keterjangkauan, serta variasi zat gizi lebih baik.

Sumber protein hewani seperti ikan, telur, ayam, daging, susu, dan hasil olahannya umumnya menyediakan protein dengan kecernaan tinggi serta mikronutrien seperti zat besi, vitamin B12, seng, dan yodium. Sumber nabati seperti tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, dan berbagai legum menyediakan protein, serat, dan senyawa bioaktif. Menggabungkan keduanya dalam menu harian merupakan strategi praktis untuk meningkatkan mutu diet tanpa bergantung pada satu bahan yang mahal.

Pada ibu hamil dengan kekurangan energi kronis atau asupan sangat kurang, konseling untuk meningkatkan energi dan protein perlu disertai dukungan pangan atau makanan tambahan sesuai program. Organisasi Kesehatan Dunia menyatakan bahwa suplementasi energi-protein seimbang, yaitu protein menyumbang kurang dari 25 persen dari energi suplemen, dapat memperbaiki pertumbuhan janin dan menurunkan risiko bayi kecil pada masa kehamilan atau berat badan lahir rendah pada kelompok kurang gizi. Suplemen protein sangat tinggi tidak dianjurkan karena tidak terbukti lebih bermanfaat dan dapat berisiko (World Health Organization, 2023a).

Karbohidrat merupakan sumber energi utama dan membantu menghemat penggunaan protein sebagai bahan bakar. Angka kecukupan gizi menambahkan sekitar 25gram karbohidrat pada trimester pertama dan 40gram pada trimester kedua serta ketiga. Sumber karbohidrat yang dianjurkan meliputi beras, jagung, sagu, ubi, singkong, kentang, oat, dan roti gandum. Variasi sumber pangan membantu menyediakan serat, vitamin, dan mineral yang berbeda serta menyesuaikan diri dengan kebiasaan lokal.

Lemak diperlukan untuk menyediakan energi padat dan mendukung pembentukan membran sel serta sistem saraf janin. Tambahan lemak total dalam Angka Kecukupan Gizi adalah sekitar 2,3 gram per hari pada setiap trimester, disertai tambahan asam lemak omega-3 dan omega-6. Sumber lemak yang baik antara lain ikan, alpukat, kacang, biji, santan dalam jumlah wajar, dan minyak nabati. Penggorengan berulang serta konsumsi lemak trans dan makanan tinggi lemak jenuh sebaiknya dibatasi.

Asam lemak omega-3 rantai panjang, khususnya asam dokosaheksaenoat, berperan dalam perkembangan otak dan retina. Kebutuhan dapat didukung dengan makan ikan matang secara teratur dan bervariasi. Pemilihan jenis ikan perlu mempertimbangkan keamanan pangan dan potensi cemaran merkuri. Ibu tidak perlu menghindari semua ikan karena ikan juga merupakan sumber protein, yodium, vitamin D, dan zat gizi penting lain. Pilihan spesies lokal yang umum dikonsumsi dan rendah cemaran sebaiknya mengikuti informasi dari otoritas kesehatan setempat.

Serat membantu mencegah konstipasi, mendukung mikrobiota usus, dan memperbaiki kualitas diet. Angka Kecukupan Gizi menambahkan sekitar 3 gram serat pada trimester pertama serta 4 gram pada trimester kedua dan ketiga. Serat diperoleh dari sayur, buah, kacang-kacangan, umbi, dan serealia utuh. Peningkatan serat perlu dilakukan bertahap dan disertai cukup cairan agar tidak memperberat kembung atau sembelit.

Kebutuhan cairan meningkat karena volume darah dan cairan tubuh bertambah. Angka Kecukupan Gizi menambahkan sekitar 300 mililiter air per hari pada setiap trimester. Buku Kesehatan Ibu dan Anak menganjurkan sekitar 8 sampai 12 gelas air per hari, dengan penyesuaian terhadap cuaca, aktivitas, demam, muntah, diare, dan kondisi medis. Air putih menjadi pilihan utama; minuman manis tidak dianjurkan sebagai sumber hidrasi rutin.

Mual dan muntah pada trimester pertama dapat menghambat asupan. Strategi yang dapat membantu adalah makan dalam porsi kecil tetapi sering, memilih makanan beraroma ringan, menghindari perut kosong terlalu lama, dan memisahkan minum dalam jumlah besar dari waktu makan bila mudah mual. Muntah berulang sampai sulit mempertahankan makanan atau minuman, penurunan berat badan, urin sangat sedikit, pusing berat, atau lemas memerlukan pemeriksaan karena dapat mengarah pada hiperemesis dan dehidrasi.

Pada trimester lanjut, rasa cepat kenyang dan refluks dapat dikurangi dengan porsi lebih kecil, tidak langsung berbaring setelah makan, serta membatasi makanan yang jelas memicu keluhan. Namun, pembatasan luas tanpa evaluasi dapat menurunkan kecukupan gizi. Prinsip umumnya adalah mempertahankan frekuensi makan, memilih makanan padat gizi, dan mencari alternatif yang masih dapat diterima ketika satu jenis makanan menimbulkan mual.

D. Mikronutrien Esensial dan Penggunaan Suplemen

Mikronutrien dibutuhkan dalam jumlah kecil, tetapi berperan besar dalam pembentukan darah, tulang, sistem saraf, hormon, imunitas, dan fungsi plasenta. Kehamilan meningkatkan kebutuhan beberapa vitamin dan mineral, sedangkan mual, pantangan, diet monoton, infeksi,

serta jarak kehamilan pendek dapat mengurangi cadangan. Pendekatan utama tetap pola makan beragam, fortifikasi pangan, dan suplementasi yang direkomendasikan. Suplemen tidak menggantikan makanan karena makanan juga menyediakan energi, protein, serat, dan berbagai komponen yang tidak terdapat dalam tablet.

Tabel 2. Mikronutrien utama untuk kehamilan berdasarkan tambahan Angka Kecukupan Gizi

Zat gizi	Tambahan selama hamil	Fungsi utama	Sumber pangan utama
Folat	+200 µg/hari	Sintesis DNA dan penutupan tabung saraf	Sayur hijau, kacang, jeruk, pangan fortifikasi
Zat besi	+0 mg pada trimester I; +9 mg pada trimester II-III	Hemoglobin dan peningkatan volume darah	Daging, ikan, ayam, tempe, kacang, sayur hijau
Yodium	+70 µg/hari	Hormon tiroid dan perkembangan otak	Garam beriodium, ikan, telur, susu
Kalsium	+200 mg/hari	Tulang, gigi, saraf, dan kontraksi otot	Susu, ikan kecil bertulang, tahu, wijen
Seng	+2 mg trimester I; +4 mg trimester II-III	Pembelahan sel, imunitas, dan pertumbuhan	Daging, ikan, telur, susu, tempe, kacang
Vitamin A	+300 RE/hari	Diferensiasi sel, penglihatan, dan imunitas	Telur, susu, ikan, sayur dan buah berwarna
Vitamin C	+10 mg/hari	Kolagen dan membantu penyerapan zat besi	Jambu biji, jeruk, pepaya, tomat
Vitamin B12	+0,5 µg/hari	Pembentukan darah dan sistem saraf	Daging, ikan, telur, susu
Kolin	+25 mg/hari	Membran sel dan perkembangan otak	Telur, ikan, kedelai, kacang

Catatan: angka menunjukkan tambahan terhadap kebutuhan perempuan yang tidak hamil. Suplemen tidak boleh disamakan langsung dengan Angka Kecukupan Gizi karena dosis program atau terapi memiliki tujuan berbeda.

Zat besi diperlukan untuk pembentukan hemoglobin dan peningkatan volume darah. Kebutuhan tambahan menurut Angka Kecukupan Gizi adalah sekitar 9 miligram pada trimester kedua dan ketiga, di atas kebutuhan perempuan tidak hamil. Pangan sumber zat besi heme seperti daging, hati dalam jumlah wajar sesuai anjuran, ayam, dan ikan memiliki penyerapan

lebih baik. Zat besi non-heme terdapat pada tempe, kacang-kacangan, sayuran hijau, dan pangan fortifikasi; penyerapannya meningkat bila dikonsumsi bersama sumber vitamin C.

Program nasional menganjurkan ibu hamil mengonsumsi tablet tambah darah setiap hari selama kehamilan, paling sedikit 90 tablet. Tablet program sedikitnya mengandung 60 miligram besi elemental dan 400 mikrogram asam folat. Dosis ini lebih tinggi daripada tambahan Angka Kecukupan Gizi karena ditujukan untuk pencegahan anemia dan pemenuhan kebutuhan yang sulit dicapai hanya dari makanan. Ibu dengan anemia dapat memerlukan penatalaksanaan berbeda berdasarkan hasil pemeriksaan dan penyebabnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024b; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2026b).

Kepatuhan minum tablet tambah darah sering terganggu mual, konstipasi, rasa logam, atau feses berwarna lebih gelap. Minum pada waktu yang paling dapat ditoleransi, menggunakan air putih, meningkatkan serat dan cairan, serta berkonsultasi bila efek samping berat dapat membantu. Teh, kopi, dan suplemen kalsium dapat mengurangi penyerapan bila diminum bersamaan, sehingga sebaiknya diberi jeda sesuai arahan tenaga kesehatan. Feses yang lebih gelap dapat terjadi, tetapi nyeri hebat, muntah terus-menerus, atau tanda alergi memerlukan evaluasi.

Asam folat berperan dalam sintesis DNA dan penutupan tabung saraf janin. Karena proses penutupan terjadi sangat awal, kecukupan perlu dimulai sebelum konsepsi. Angka Kecukupan Gizi menambahkan 200 mikrogram folat selama kehamilan, sementara tablet tambah darah program menyediakan 400 mikrogram asam folat. Perempuan dengan riwayat kehamilan terdampak cacat tabung saraf, penggunaan obat tertentu, atau kondisi khusus dapat memerlukan dosis lebih tinggi, tetapi hanya berdasarkan resep tenaga medis.

Yodium diperlukan untuk pembentukan hormon tiroid yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan otak janin. Angka Kecukupan Gizi menambahkan sekitar 70 mikrogram per hari selama kehamilan. Sumbernya antara lain garam beriodium, ikan laut, telur, dan susu. Garam beriodium harus disimpan dalam wadah tertutup dan digunakan secukupnya karena kelebihan natrium tetap perlu dihindari. Gangguan tiroid membutuhkan pemantauan klinis; penggunaan suplemen yodium dosis tinggi tanpa indikasi tidak dianjurkan.

Kalsium mendukung mineralisasi tulang dan gigi janin, kontraksi otot, serta fungsi saraf. Angka Kecukupan Gizi menambahkan sekitar 200 miligram per hari selama kehamilan. Sumber kalsium meliputi susu dan olahannya, ikan kecil yang dimakan dengan tulang, tahu yang diproses dengan kalsium, wijen, dan sayuran hijau tertentu. Pada populasi dengan asupan

kalsium rendah, Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan suplementasi kalsium untuk membantu mencegah preeklamsia, tetapi dosis dan jadwalnya harus ditentukan oleh tenaga kesehatan (World Health Organization, 2018).

Seng berperan dalam pembelahan sel, sintesis protein, imunitas, dan pertumbuhan. Tambahan kebutuhan menurut Angka Kecukupan Gizi sekitar 2 miligram pada trimester pertama dan 4 miligram pada trimester kedua serta ketiga. Sumber seng yang baik adalah daging, kerang yang dimasak aman, ikan, telur, susu, tempe, dan kacang-kacangan. Organisasi Kesehatan Dunia tidak menganjurkan suplementasi seng rutin untuk semua ibu hamil di luar konteks penelitian karena bukti manfaat luaran kehamilan belum cukup konsisten (World Health Organization, 2021).

Vitamin A berperan dalam diferensiasi sel, penglihatan, dan imunitas. Tambahan kebutuhan selama kehamilan adalah sekitar 300 retinol ekuivalen. Sumber pangan meliputi telur, susu, ikan, serta sayur dan buah berwarna hijau tua, jingga, atau kuning yang menyediakan provitamin A. Suplemen vitamin A dosis tinggi dapat membahayakan janin, sehingga ibu tidak dianjurkan mengonsumsi suplemen terpisah tanpa arahan tenaga kesehatan. Hati sangat kaya vitamin A; frekuensi dan porsinya perlu wajar.

Vitamin D membantu metabolisme kalsium dan kesehatan tulang. Sumbernya berasal dari paparan sinar matahari yang aman, ikan berlemak, telur, pangan fortifikasi, dan suplemen bila ada indikasi. Organisasi Kesehatan Dunia tidak merekomendasikan suplementasi vitamin D rutin untuk semua ibu hamil semata-mata guna memperbaiki luaran kehamilan, karena manfaat populasi belum pasti. Pemeriksaan dan suplementasi dapat dipertimbangkan pada risiko defisiensi atau kondisi klinis tertentu (World Health Organization, 2020a).

Vitamin B12 penting untuk pembentukan sel darah dan sistem saraf. Sumber utamanya adalah pangan hewani, sehingga ibu yang menjalani pola makan vegan atau sangat membatasi produk hewani berisiko kekurangan. Kekurangan vitamin B12 dapat menyerupai anemia folat dan berpotensi memengaruhi neurologis. Konseling gizi serta suplementasi terukur diperlukan pada kelompok berisiko; penambahan folat saja dapat memperbaiki anemia tetapi menyamarkan kekurangan vitamin B12.

Kolin mendukung pembentukan membran sel dan perkembangan otak. Angka Kecukupan Gizi menambahkan sekitar 25 miligram selama kehamilan. Telur, ikan, daging, kedelai, kacang-kacangan, dan beberapa sayuran merupakan sumber kolin. Walaupun sering

kurang diperhatikan, memasukkan telur atau sumber protein lain secara teratur membantu menyediakan kolin bersama protein dan mikronutrien lain.

Vitamin C membantu pembentukan kolagen dan meningkatkan penyerapan zat besi non-heme. Tambahan kebutuhan kehamilan sekitar 10 miligram per hari. Sumbernya mudah diperoleh dari jambu biji, jeruk, pepaya, mangga, tomat, dan berbagai sayuran. Mengonsumsi buah pada waktu makan yang mengandung tempe, tahu, atau sayur hijau merupakan cara sederhana meningkatkan penyerapan zat besi tanpa menambah suplemen.

Suplemen multimikronutrien tidak otomatis lebih baik daripada tablet tambah darah. Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan suplemen multimikronutrien antenatal yang mengandung besi dan asam folat terutama dalam konteks penelitian implementasi yang ketat, karena manfaat, risiko, kelayakan program, dan penggantian skema suplementasi perlu dinilai. Ibu sebaiknya tidak menggandakan beberapa produk yang kandungannya tumpang tindih karena dapat menyebabkan kelebihan vitamin atau mineral (World Health Organization, 2020b; World Health Organization, 2023b).

Prinsip aman penggunaan suplemen adalah mengetahui nama produk, kandungan per tablet, dosis, waktu minum, tujuan, dan durasinya. Semua suplemen, jamu, herbal, dan obat bebas sebaiknya dilaporkan kepada dokter atau bidan. Label 'alami' tidak menjamin aman untuk kehamilan. Suplemen dosis tinggi, produk pelangsing, dan ramuan tanpa komposisi jelas dapat mengganggu hati, ginjal, tekanan darah, atau perkembangan janin.

E. Penerapan Gizi Seimbang, Keamanan Pangan, dan Contoh Menu

Penerapan gizi seimbang pada ibu hamil berangkat dari keragaman pangan. Setiap makan utama idealnya memuat makanan pokok, lauk berprotein, sayur, dan buah, dengan air putih sebagai minuman utama. Lauk hewani dan nabati perlu hadir bergantian atau dikombinasikan. Keragaman warna dan jenis bahan pangan membantu memperluas cakupan vitamin, mineral, serat, serta senyawa bioaktif. Tidak ada satu bahan pangan yang mampu memenuhi seluruh kebutuhan kehamilan.

Bahan lokal dapat menjadi dasar menu padat gizi. Di wilayah pesisir, ikan, kerang yang dimasak matang, rumput laut dalam jumlah wajar, sagu, sayuran lokal, dan buah setempat dapat dimanfaatkan. Di wilayah pertanian, telur, ayam, tempe, tahu, kacang-kacangan, jagung, umbi, daun kelor, labu, dan buah musiman dapat menjadi pilihan. Pemilihan bahan sebaiknya mempertimbangkan harga per porsi yang dapat dimakan, ketersediaan sepanjang musim, keamanan, dan kebiasaan keluarga.

Penambahan makan selama hamil dapat dilakukan dengan satu porsi makanan utama yang lebih lengkap atau satu sampai dua selingan padat gizi, sesuai trimester dan status gizi. Contoh selingan yang lebih bernilai gizi adalah bubur kacang hijau dengan santan secukupnya, roti isi telur, pisang dengan kacang, ubi dengan susu, atau jagung dan telur. Biskuit dan minuman manis dapat memberi energi, tetapi umumnya tidak sepadat lauk, kacang, buah, dan susu dalam protein serta mikronutrien.

Protein hewani penting, tetapi pemenuhannya tidak harus selalu menggunakan daging mahal. Telur, ikan lokal, ayam bagian yang terjangkau, ikan kecil, dan susu dapat dipadukan dengan tempe atau tahu. Satu menu sederhana seperti nasi, ikan, tumis sayur, tempe, dan buah sudah menyediakan kombinasi energi, protein, zat besi, seng, folat, vitamin C, dan serat. Variasi pengolahan membantu mengurangi kebosanan dan meningkatkan penerimaan.

Teknik memasak memengaruhi keamanan dan mutu. Merebus, mengukus, menumis singkat, memanggang, dan membuat sup dapat mengurangi penggunaan minyak dibanding menggoreng berulang. Sayur sebaiknya dimasak secukupnya agar tidak terlalu layu, sementara telur, daging, ayam, ikan, dan kerang harus matang sempurna. Makanan matang perlu dipisahkan dari bahan mentah, disimpan pada suhu aman, dan tidak dibiarkan terlalu lama pada suhu ruang.

Keamanan pangan sangat penting karena perubahan imunitas selama kehamilan dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi bawaan makanan. Ibu perlu mencuci tangan sebelum menyiapkan dan makan, menggunakan air bersih, mencuci buah dan sayur, memastikan susu telah dipasteurisasi, serta menghindari telur, daging, ikan, atau kerang mentah dan setengah matang. Makanan dari luar rumah dipilih dari tempat yang bersih dan memiliki perputaran makanan yang baik.

Alkohol harus dihindari selama kehamilan karena tidak ada tingkat konsumsi yang dapat dipastikan aman bagi janin. Merokok dan paparan asap rokok juga harus dihindari karena berhubungan dengan gangguan pertumbuhan janin, kelahiran prematur, dan masalah kesehatan bayi. Kopi, teh, minuman energi, dan minuman bersoda berkafein perlu dibatasi. Bila ibu sulit mengurangi kafein atau tidak mengetahui kandungan produk, diskusikan dengan tenaga kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a).

Garam, gula, dan makanan ultra-proses perlu dibatasi. Garam beriodium tetap diperlukan, tetapi pemakaian berlebihan meningkatkan asupan natrium. Minuman manis, makanan ringan kemasan, daging olahan, dan makanan cepat saji cenderung tinggi gula, garam, atau lemak

namun rendah serat dan mikronutrien. Pembatasan bukan berarti seluruh makanan harus hambar; bumbu segar, rempah, jeruk, dan teknik memasak dapat mempertahankan cita rasa.

Pantangan makanan perlu dikaji secara kritis. Menghindari ikan, telur, daging, buah tertentu, atau sayur karena mitos dapat mempersempit diet dan meningkatkan risiko kekurangan zat gizi. Tenaga kesehatan sebaiknya menggali alasan pantangan, menghormati nilai budaya, lalu menawarkan pengganti dengan kandungan gizi setara. Pada alergi yang terbukti, penggantian harus direncanakan agar protein dan mikronutrien tetap cukup.

Penyusunan menu perlu mempertimbangkan gejala. Pada mual, pilih makanan kering atau beraroma ringan dan makan sedikit tetapi sering. Pada konstipasi, tambah sayur, buah, kacang, aktivitas fisik yang aman, dan air. Pada nyeri ulu hati, kurangi porsi besar, makanan sangat berlemak, dan kebiasaan berbaring setelah makan. Pada diabetes gestasional, hipertensi, atau penyakit ginjal, menu harus disusun bersama tenaga kesehatan karena pembatasan umum dapat tidak sesuai.

Contoh menu pada tabel berikut bersifat ilustratif, bukan resep baku. Porsi perlu disesuaikan dengan usia, trimester, ukuran tubuh, aktivitas, toleransi makan, dan hasil pemantauan berat badan. Tujuan utamanya menunjukkan cara menggabungkan makanan pokok, protein hewani dan nabati, sayur, buah, serta selingan dalam satu hari menggunakan bahan yang mudah diperoleh.

Tabel 3. Contoh susunan menu sehari untuk ibu hamil

Waktu	Contoh menu	Kontribusi gizi utama
Sarapan	Nasi atau ubi, telur dadar sayur, tempe, pepaya, air putih	Energi, protein, kolin, folat, serat, vitamin C
Selingan pagi	Bubur kacang hijau atau roti isi telur dan buah	Energi tambahan, protein, folat, serat
Makan siang	Nasi, ikan matang, tumis daun hijau, tahu, jeruk	Protein, omega-3, zat besi, seng, kalsium, vitamin C
Selingan sore	Pisang dan kacang sangrai atau susu pasteurisasi	Energi, kalium, protein, kalsium
Makan malam	Jagung atau nasi, sup ayam dengan sayur, tempe, buah	Protein, cairan, vitamin, mineral, serat

Perencanaan belanja mingguan dapat membantu keluarga menjaga keragaman dan biaya. Susun daftar makanan pokok, dua sampai tiga jenis protein hewani, dua jenis protein nabati, beberapa sayur, buah musiman, dan bahan selingan. Memasak dalam jumlah cukup untuk dua

waktu makan, menyimpan bahan dengan benar, dan menggunakan sisa makanan secara aman dapat mengurangi beban kerja tanpa menurunkan mutu gizi. Dukungan pasangan dan anggota keluarga penting agar ibu tidak menanggung seluruh tugas menyiapkan makanan.

F. Strategi Pencegahan Stunting Terpadu dari Kehamilan sampai Usia Dua Tahun

Pencegahan stunting memerlukan rangkaian tindakan yang berkesinambungan. Selama kehamilan, prioritas meliputi pemenuhan gizi seimbang, tablet tambah darah, pemeriksaan antenatal, deteksi Kekurangan Energi Kronis dan anemia, pencegahan infeksi, imunisasi sesuai status, kesehatan gigi, kesehatan jiwa, aktivitas fisik yang aman, serta perlindungan dari rokok, alkohol, kekerasan, dan pekerjaan berisiko. Setelah lahir, fokus berlanjut pada persalinan aman, inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif, makanan pendamping yang adekuat, imunisasi, sanitasi, serta pemantauan pertumbuhan.

Intervensi gizi spesifik bekerja langsung pada penyebab dekat malnutrisi. Contohnya adalah konseling gizi ibu, suplementasi besi dan asam folat, penanganan ibu Kekurangan Energi Kronis, dukungan menyusui, pemberian makanan pendamping kaya zat gizi, suplementasi vitamin A pada anak sesuai program, imunisasi, serta tata laksana penyakit. Intervensi sensitif bekerja pada penyebab tidak langsung seperti ketahanan pangan, air bersih, sanitasi, pendidikan perempuan, perlindungan sosial, perumahan, dan pemberdayaan ekonomi keluarga.

Tabel 4. Rangkaian tindakan pencegahan stunting sepanjang Seribu Hari Pertama Kehidupan

Tahap	Tindakan utama	Tujuan pencegahan stunting
Prakonsepsi	Perbaiki status gizi, cegah anemia, rencanakan kehamilan, hentikan rokok dan alkohol	Membangun cadangan gizi dan mengurangi risiko kehamilan
Kehamilan	Makan beragam, minum tablet tambah darah, ANC minimal enam kali, tangani KEK/anemia/infeksi	Mendukung pertumbuhan janin dan mencegah prematuritas atau BBLR
Kelahiran-6 bulan	Persalinan aman, inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif, imunisasi, pemantauan tumbuh	Melindungi gizi dan imunitas bayi
Usia 6-24 bulan	MPASI cukup, beragam, kaya protein hewani, aman, responsif; lanjutkan ASI	Memenuhi kebutuhan pertumbuhan cepat dan mencegah infeksi
Lintas tahap	Air bersih, sanitasi, perlindungan sosial, kesehatan jiwa, dukungan keluarga	Mengatasi penyebab tidak langsung dan ketimpangan

Kualitas pelayanan antenatal lebih penting daripada sekadar jumlah kunjungan. Setiap kontak harus menghasilkan tindakan: pengukuran yang benar, penjelasan hasil, identifikasi risiko, pemberian atau penyesuaian suplemen, konseling yang dapat dipraktikkan, dan rencana tindak lanjut. Ibu perlu mengetahui kapan kembali, tanda bahaya, tempat rujukan, dan siapa yang dapat dihubungi. Buku Kesehatan Ibu dan Anak berfungsi sebagai catatan bersama antara keluarga dan tenaga kesehatan.

Infeksi dapat menurunkan nafsu makan, meningkatkan kebutuhan metabolik, mengganggu penyerapan, dan memengaruhi pertumbuhan janin. Pencegahan mencakup cuci tangan pakai sabun, air minum aman, sanitasi layak, makanan matang, kebersihan mulut, imunisasi sesuai anjuran, pencegahan malaria di wilayah endemis, serta skrining HIV, sifilis, dan hepatitis B sesuai pelayanan antenatal. Demam tinggi, diare berkepanjangan, batuk lama, nyeri saat berkemih, atau keluhan infeksi lain perlu diperiksa.

Kesehatan jiwa dan stres kronis juga memengaruhi perilaku makan, tidur, kepatuhan berobat, dan kemampuan merawat diri. Dukungan emosional, pembagian kerja rumah, rasa aman, dan akses konseling merupakan bagian pencegahan stunting yang sering terabaikan. Depresi, kecemasan berat, kekerasan dalam rumah tangga, atau kehilangan dukungan sosial harus ditangani dengan pendekatan yang tidak menghakimi dan mengutamakan keselamatan ibu.

Persiapan menyusui dimulai sejak hamil melalui informasi yang benar, pemeriksaan payudara bila ada keluhan, rencana persalinan yang mendukung kontak kulit ke kulit, dan dukungan keluarga. Setelah lahir, inisiasi menyusu dini dan ASI eksklusif selama enam bulan membantu menyediakan gizi dan perlindungan infeksi. Organisasi Kesehatan Dunia dan UNICEF menganjurkan menyusui dilanjutkan sampai dua tahun atau lebih bersama makanan pendamping yang tepat mulai usia enam bulan (UNICEF, 2026a).

Makanan pendamping mulai usia enam bulan harus diberikan tepat waktu, cukup jumlah dan frekuensi, kaya zat gizi, aman, serta responsif terhadap tanda lapar dan kenyang anak. Protein hewani perlu diberikan secara teratur, bersama makanan pokok, sayur, buah, dan sumber lemak. Tekstur ditingkatkan bertahap sesuai kemampuan anak. Pemberian makanan terlalu encer, hanya berupa bubur tepung, atau minim lauk dapat membuat energi dan zat gizi tidak mencukupi.

Pemantauan pertumbuhan harus menggunakan pengukuran berat dan panjang atau tinggi badan yang benar, diplot pada kurva, lalu ditafsirkan sebagai tren. Tujuannya bukan hanya

menemukan anak yang sudah stunting, tetapi mendeteksi perlambatan pertumbuhan lebih awal. Bila kenaikan berat badan tidak sesuai, perlu ditelusuri asupan, cara pemberian makan, penyakit, kondisi mulut, perkembangan, dan keadaan rumah tangga. Pemberian makanan saja tanpa mencari penyebab dapat tidak menyelesaikan masalah.

Keluarga memiliki peran besar dalam keberhasilan. Pasangan dapat membantu menyediakan makanan, mengingatkan tablet tambah darah, menemani pemeriksaan, mengurangi beban kerja fisik, memastikan rumah bebas asap rokok, dan mendukung menyusui. Keputusan pangan tidak seharusnya dibebankan hanya kepada ibu. Keterlibatan ayah, nenek, kader, dan tokoh masyarakat dapat mengurangi pantangan merugikan dan memperkuat praktik sehat.

Pada keluarga dengan keterbatasan ekonomi, konseling harus terhubung dengan program perlindungan sosial, bantuan pangan, pemberian makanan tambahan sesuai kriteria, kebun keluarga, atau layanan komunitas. Anjuran membeli bahan mahal tanpa mempertimbangkan kemampuan justru dapat meningkatkan rasa bersalah dan tidak diterapkan. Pendekatan berbasis pangan lokal, harga terjangkau, dan penguatan akses merupakan bagian penting keadilan gizi.

Indikator pemantauan selama kehamilan dapat mencakup keteraturan kunjungan antenatal, tren berat badan, Lingkar Lengan Atas, hemoglobin, konsumsi tablet tambah darah, keragaman pangan, tanda bahaya, dan pertumbuhan janin. Setelah lahir, indikator meliputi inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif, ketepatan awal makanan pendamping, keragaman diet anak, imunisasi, penyakit infeksi, serta tren pertumbuhan. Indikator digunakan untuk memperbaiki layanan, bukan untuk menghukum keluarga.

Beberapa keadaan memerlukan rujukan cepat: perdarahan, kejang, sakit kepala berat, gangguan penglihatan, bengkak mendadak, demam tinggi, nyeri perut hebat, sesak, gerak janin berkurang, pecah ketuban sebelum waktunya, muntah terus-menerus, atau ketidakmampuan makan dan minum. Masalah gizi tidak boleh dipisahkan dari keselamatan obstetri. Penanganan komplikasi tepat waktu dapat mencegah kematian, kelahiran prematur, dan gangguan pertumbuhan janin.

Program pencegahan stunting yang efektif menggabungkan layanan individu dan perbaikan sistem. Tenaga kesehatan memerlukan ketersediaan alat ukur, tablet tambah darah, bahan konseling, laboratorium, serta jalur rujukan. Kader memerlukan pelatihan dan supervisi. Pemerintah daerah perlu memastikan pangan bergizi, air dan sanitasi, perlindungan sosial, serta

data yang dapat digunakan. UNICEF menekankan peran sistem pangan, kesehatan, air dan sanitasi, pendidikan, serta perlindungan sosial dalam mendukung gizi perempuan sepanjang daur kehidupan (UNICEF, 2022).

Keberhasilan tidak hanya diukur dari penurunan prevalensi stunting, tetapi juga dari membaiknya diet ibu, berkurangnya anemia dan Kekurangan Energi Kronis, meningkatnya kualitas pelayanan antenatal, membaiknya berat dan panjang lahir, meningkatnya praktik menyusui, serta menurunnya ketimpangan antarwilayah. Pencegahan yang dimulai sejak remaja dan prakonsepsi memberi peluang lebih besar dibanding intervensi yang baru dimulai ketika anak sudah mengalami hambatan pertumbuhan.

G. Penutup

Gizi ibu hamil merupakan fondasi penting pencegahan stunting dalam Seribu Hari Pertama Kehidupan. Kecukupan energi, protein, lemak sehat, vitamin, mineral, cairan, dan serat mendukung pertumbuhan janin, fungsi plasenta, perubahan fisiologis ibu, dan persiapan menyusui. Namun, kecukupan gizi harus berjalan bersama pencegahan infeksi, pelayanan antenatal bermutu, keamanan pangan, kesehatan jiwa, sanitasi, dan dukungan sosial.

Pencegahan dimulai sebelum konsepsi dengan memperbaiki gizi remaja putri dan calon ibu, mencegah anemia, menjaga berat badan sehat, serta merencanakan kehamilan. Selama kehamilan, pemantauan berat badan dan Lingkar Lengan Atas, pemeriksaan hemoglobin, konsumsi tablet tambah darah, makan beragam, serta penanganan dini komplikasi merupakan tindakan utama. Acuan kebutuhan gizi membantu perencanaan, tetapi penerapannya harus individual.

Pangan lokal yang beragam dapat memenuhi sebagian besar kebutuhan dengan biaya lebih realistis. Kombinasi makanan pokok, protein hewani dan nabati, sayur, buah, serta lemak sehat lebih bermanfaat daripada mengandalkan satu makanan yang dianggap istimewa. Suplemen digunakan sesuai program atau indikasi, tidak berlebihan, dan tidak menggantikan pola makan. Keamanan memasak dan penyimpanan sama pentingnya dengan kandungan zat gizi.

Setelah bayi lahir, kesinambungan intervensi diwujudkan melalui inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif, makanan pendamping kaya zat gizi mulai usia enam bulan, imunisasi, pencegahan infeksi, dan pemantauan pertumbuhan. Keluarga, tenaga kesehatan, kader, pemerintah, dan sistem pangan memiliki tanggung jawab bersama. Menempatkan seluruh beban pada ibu tidak sesuai dengan sifat stunting yang multifaktorial.

Dengan pendekatan berbasis bukti, sensitif terhadap konteks, dan berorientasi pada keluarga, gizi ibu hamil dapat menjadi titik awal pembangunan generasi yang tumbuh optimal. Investasi pada kesehatan dan gizi perempuan sejak remaja sampai menyusui bukan hanya mencegah stunting, tetapi juga memperkuat perkembangan kognitif, produktivitas, dan kualitas sumber daya manusia dalam jangka panjang.

Referensi

Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2025). Survei Status Gizi Indonesia 2024 dalam angka. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/survei-status-gizi-indonesia-ssgi-2024/

Keats, E. C., Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Imdad, A., Black, R. E., & Bhutta, Z. A. (2021). Effective interventions to address maternal and child malnutrition: An update of the evidence. The Lancet Child & Adolescent Health, 5(5), 367-384. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30274-1

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia. https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-28-tahun-2019

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman gizi seimbang ibu hamil dan menyusui. Direktorat Gizi Masyarakat. https://repository.kemkes.go.id/book/879

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a). Buku Kesehatan Ibu dan Anak Edisi 2024. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas. https://kesprimkom.kemkes.go.id/konten/145/143/0/buku-kesehatan-ibu-dan-anak-kia

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). Stunting. Ayo Sehat. https://ayosehat.kemkes.go.id/penyakit/stunting

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024c). Seribu Hari Pertama Kehidupan: Kehamilan. Ayo Sehat. https://ayosehat.kemkes.go.id/1000-hari-pertama-kehidupan/home

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025a). Survei Status Gizi Indonesia 2024: Prevalensi stunting nasional turun menjadi 19,8 persen. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/ssgi-2024-prevalensi-stunting-nasional-turun-menjadi-198/

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026a). Petunjuk teknis pemberian makanan

tambahan berbahan pangan lokal bagi ibu hamil dan balita bermasalah gizi. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas. https://kesprimkom.kemkes.go.id/konten/146/178/0/nomor-hk-02-02-b-576-2025-tentang-petunjuk-teknis-pemberian-makanan-tambahan-berbahan-pangan-lokal-bagi-ibu-hamil-dan-balita-bermasalah-gizi

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026b). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan. https://jdih.kemkes.go.id/

UNICEF. (2022). Programme guidance on maternal nutrition: Prevention of malnutrition in women before and during pregnancy and while breastfeeding. https://www.unicef.org/documents/programme-guidance-maternal-nutrition

UNICEF. (2026a). Early childhood nutrition. https://www.unicef.org/nutrition/early-childhood-nutrition

UNICEF Indonesia. (2026b). Indonesia 2018-2024 National Nutrition Programme Review. https://www.unicef.org/indonesia/nutrition/reports/indonesia-2018-2024-national-nutrition-programme-review

Victora, C. G., Christian, P., Vidaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. The Lancet, 397(10282), 1388-1399. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9

World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912

World Health Organization. (2018). WHO recommendation: Calcium supplementation during pregnancy for prevention of pre-eclampsia and its complications. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550451

World Health Organization. (2020a). Nutritional interventions update: Vitamin D supplements during pregnancy. https://www.who.int/publications/i/item/9789240008120

World Health Organization. (2020b). Nutritional interventions update: Multiple micronutrient supplements during pregnancy. https://www.who.int/publications/i/item/9789240007789

World Health Organization. (2021). Nutritional interventions update: Zinc supplements during pregnancy. https://www.who.int/publications/i/item/9789240030466

World Health Organization. (2023a). Balanced energy and protein supplementation during pregnancy. https://www.who.int/tools/elena/interventions/energy-protein-pregnancy

World Health Organization. (2023b). Multiple micronutrient supplementation during pregnancy. https://www.who.int/tools/elena/interventions/micronutrients-pregnancy

World Health Organization. (2025a). Global nutrition targets 2030: Stunting brief. https://www.who.int/publications/i/item/B09383

World Health Organization. (2025b). Child growth standards. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/child-growth-standards

ISSN 3063-4946

BAB XIII

Anemia pada Ibu Hamil dan Strategi Pencegahannya

Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep

A. Anemia sebagai Tantangan Kehamilan Sehat

Anemia pada ibu hamil merupakan kondisi ketika kapasitas darah untuk membawa oksigen menurun, yang dalam praktik pelayanan antenatal umumnya ditandai kadar hemoglobin (Hb) kurang dari 11 g/dL. Kondisi ini penting diperhatikan karena kebutuhan zat besi dan asam folat meningkat selama kehamilan untuk mendukung pertumbuhan janin, plasenta, serta peningkatan volume darah ibu. World Health Organization (WHO) memperkirakan lebih dari 40% ibu hamil di dunia mengalami anemia dan sedikitnya separuh beban tersebut berkaitan dengan defisiensi zat besi (WHO, 2024).

Kehamilan menyebabkan peningkatan volume plasma yang lebih besar dibandingkan peningkatan massa eritrosit. Perubahan ini dapat menimbulkan hemodilusi fisiologis, terutama pada trimester kedua. Namun, apabila cadangan zat besi ibu tidak memadai atau terdapat penyebab lain, penurunan Hb dapat berkembang menjadi anemia yang berdampak pada kesehatan ibu dan janin.

Anemia bukan hanya masalah angka laboratorium, tetapi juga masalah klinis dan kesehatan masyarakat. Ibu dapat mengalami cepat lelah, pusing, berdebar, sesak saat aktivitas, penurunan toleransi terhadap perdarahan, serta kerentanan terhadap infeksi. Pada janin dan bayi, anemia maternal berhubungan dengan peningkatan risiko berat badan lahir rendah dan kelahiran prematur. Tujuan pembahasan ini adalah menguraikan anemia pada ibu hamil beserta strategi pencegahan yang dapat diterapkan melalui pendekatan gizi, suplementasi, skrining, edukasi, dan penguatan pelayanan kesehatan ibu.

B. Konsep dan Faktor Risiko Anemia pada Kehamilan

Anemia adalah keadaan ketika jumlah sel darah merah atau kadar hemoglobin berada di bawah nilai normal sehingga pengangkutan oksigen ke jaringan tubuh tidak optimal. Pada kehamilan, Hb kurang dari 11 g/dL digunakan sebagai batas untuk mengenali anemia dalam pelayanan antenatal. Bila ibu hamil telah didiagnosis anemia, WHO menganjurkan pemberian 120 mg zat besi elemental dan 400 mikrogram asam folat setiap hari sampai kadar Hb kembali normal (WHO, 2016).

Anemia defisiensi besi merupakan bentuk yang paling sering ditemukan pada masa kehamilan. Selain kekurangan besi, anemia dapat disebabkan oleh defisiensi asam folat atau vitamin B12, perdarahan, infeksi, penyakit kronis, kelainan hemoglobin seperti talasemia, serta gangguan sumsum tulang. Pemeriksaan Hb perlu dikaitkan dengan usia kehamilan, gejala klinis, pola konsumsi makanan, kepatuhan minum Tablet Tambah Darah (TTD), riwayat perdarahan, penyakit penyerta, serta risiko infeksi.

Tabel 1. Klasifikasi Derajat Anemia pada Ibu Hamil

Kadar Hb	Kategori
11 g/dL atau lebih	Tidak anemia
10,0–10,9 g/dL	Anemia ringan
7,0–9,9 g/dL	Anemia sedang
Kurang dari 7,0 g/dL	Anemia berat

Sumber: Diadaptasi dari rekomendasi pelayanan antenatal WHO (2016).

Faktor risiko yang perlu diidentifikasi meliputi asupan makanan sumber zat besi, folat, protein, dan vitamin B12 yang kurang; kepatuhan konsumsi TTD yang rendah; kehamilan pada usia terlalu muda; jarak kehamilan yang dekat; riwayat anemia; kehamilan ganda; perdarahan; infeksi cacing atau malaria di daerah endemis; penyakit ginjal atau penyakit kronis; serta kelainan herediter seperti talasemia.

C. Dampak dan Deteksi Dini dalam Pelayanan Antenatal

Anemia yang tidak terdeteksi atau tidak tertangani dapat memperburuk kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Keluhan yang dapat muncul antara lain lemah, letih, lesu, pusing, pucat, berdebar, sesak, dan penurunan kemampuan beraktivitas. Pada kondisi sedang hingga berat, anemia menurunkan cadangan fisiologis ibu dalam menghadapi kehilangan darah saat persalinan dan dapat meningkatkan risiko komplikasi.

Dari sisi janin, status kesehatan ibu dan fungsi plasenta berperan besar dalam kecukupan oksigen serta nutrisi. Kekurangan zat besi dan anemia selama kehamilan berkaitan dengan risiko kelahiran prematur dan berat bayi lahir rendah. WHO menyatakan bahwa suplementasi zat

besi dan asam folat selama hamil dapat menurunkan risiko anemia dan defisiensi besi pada ibu serta membantu mencegah luaran kehamilan yang merugikan (WHO, 2024).

Deteksi dini dilakukan melalui antenatal care yang teratur, berkualitas, dan berkesinambungan. Pengkajian mencakup riwayat kehamilan, pola makan, keluhan, penyakit penyerta, riwayat perdarahan, dan konsumsi obat. Pemeriksaan fisik dapat menemukan konjungtiva pucat, telapak tangan pucat, takikardia, atau napas cepat, tetapi diagnosis anemia harus dikonfirmasi melalui pemeriksaan Hb. Ibu dengan anemia berat, sesak berat, pingsan, nyeri dada, perdarahan, atau dugaan penyakit penyebab anemia selain defisiensi besi memerlukan evaluasi dan rujukan segera.

D. Strategi Pencegahan Anemia secara Terpadu

Pencegahan anemia perlu dimulai sejak masa prakonsepsi dan dilanjutkan sepanjang kehamilan, persalinan, serta masa nifas. Strategi efektif tidak hanya berfokus pada pemberian tablet, melainkan juga meliputi perbaikan pola makan, peningkatan kepatuhan, pengendalian penyakit penyerta, serta penguatan kualitas pelayanan antenatal.

1. Pemenuhan Gizi Seimbang

Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi makanan beragam dengan prioritas pada sumber zat besi, protein, asam folat, vitamin B12, dan vitamin C. Sumber zat besi heme antara lain daging, ayam, ikan, dan telur; sedangkan sumber zat besi nonheme meliputi kacang-kacangan, tempe, tahu, sayuran hijau, daun kelor, dan kacang hijau. Buah kaya vitamin C, seperti jambu biji, jeruk, pepaya, dan tomat, membantu meningkatkan penyerapan zat besi nonheme. Teh, kopi, dan konsumsi kalsium yang berdekatan dengan waktu minum TTD dapat menghambat penyerapan zat besi.

2. Konsumsi Tablet Tambah Darah

WHO merekomendasikan suplementasi oral setiap hari berupa 30–60 mg zat besi elemental dan 400 mikrogram asam folat bagi ibu hamil. Dosis 60 mg zat besi elemental setara dengan sekitar 300 mg ferrous sulfate heptahydrate, 180 mg ferrous fumarate, atau 500 mg ferrous gluconate (WHO, 2024). Pada ibu yang telah didiagnosis anemia, WHO menganjurkan 120 mg zat besi elemental ditambah 400 mikrogram asam folat setiap hari sampai kadar Hb kembali normal (WHO, 2016).

TTD sebaiknya diminum sesuai anjuran tenaga kesehatan, menggunakan air putih, dan dapat disertai minuman kaya vitamin C bila dapat ditoleransi. Bila mual

muncul, tablet dapat diminum setelah makan atau pada malam hari sesuai arahan tenaga kesehatan. Feses yang lebih gelap merupakan efek yang sering terjadi dan umumnya tidak berbahaya. Keluhan konstipasi dapat dikurangi dengan cukup minum, makan berserat, dan aktivitas fisik yang aman.

3. **Pencegahan Infeksi dan Dukungan Keluarga**

Pencegahan anemia juga memerlukan penanganan penyebab non-gizi, termasuk infeksi cacing, malaria di wilayah endemis, penyakit kronis, dan gangguan absorbsi. Dalam kasus dengan kecurigaan talasemia atau kelainan hemoglobin lain, pemberian zat besi tidak boleh dilakukan secara otomatis tanpa evaluasi klinis yang memadai. Dukungan suami dan keluarga penting untuk membantu penyediaan makanan bergizi, mengingatkan konsumsi TTD, serta mendampingi ibu melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin.

Tabel 2. Pesan Edukasi Pencegahan Anemia bagi Ibu Hamil

Area Edukasi	Pesan Utama
Pemeriksaan kehamilan	Lakukan ANC teratur dan pemeriksaan Hb sesuai jadwal pelayanan
Pola makan	Konsumsi makanan beragam, protein hewani, sayuran hijau, kacang-kacangan, dan buah kaya vitamin C
TTD	Minum TTD setiap hari sesuai anjuran tenaga kesehatan
Penyerapan zat besi	Hindari teh, kopi, dan susu berdekatan dengan waktu minum TTD
Tanda bahaya	Segera periksa bila pusing berat, sesak, berdebar, lemah sekali, pingsan, atau perdarahan
Dukungan keluarga	Libatkan keluarga dalam penyediaan makanan, pengingat TTD, dan kunjungan ANC

Sumber: Disusun berdasarkan rekomendasi WHO (2016; 2024) dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020).

E. Peran Tenaga Kesehatan dan Rekomendasi

Tenaga kesehatan memiliki peran sentral dalam mencegah anemia melalui pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan ibu. Bidan, perawat, dokter, ahli gizi, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan masyarakat perlu berkolaborasi dalam mendeteksi faktor risiko, memberikan konseling, memastikan ketersediaan TTD, memantau kepatuhan, serta melakukan rujukan tepat waktu.

Perawat maternitas dan tenaga keperawatan komunitas dapat melakukan pengkajian status nutrisi, pola makan, keluhan, kemampuan ibu mengikuti terapi, dukungan keluarga, dan hambatan akses pelayanan. Intervensi meliputi pendidikan kesehatan, penguatan motivasi, pemantauan efek samping suplementasi, dukungan kepatuhan, serta koordinasi rujukan untuk ibu dengan anemia sedang, berat, atau komplikasi.

Anemia pada ibu hamil dapat dicegah melalui kombinasi asupan gizi seimbang, suplementasi zat besi dan asam folat, pemeriksaan Hb, pengendalian penyakit penyerta, edukasi berkelanjutan, dan dukungan keluarga. Pelayanan yang konsisten, komunikatif, serta berbasis bukti akan meningkatkan kepatuhan ibu terhadap TTD dan membantu menurunkan risiko komplikasi kehamilan akibat anemia.

Referensi

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil pada masa pandemi COVID-19 bagi tenaga kesehatan. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Direktorat Gizi Masyarakat.

World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy. https://www.who.int/tools/elena/interventions/daily-iron-pregnancy

ISSN 3063-4946

BAB XIV

Strategi Pencegahan Anemia Pada Ibu Hamil Sebagai Upaya Menurunkan Risiko Stunting Dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bdn. Jasmiati, SST., M.Keb

A. Anemia Kehamilan sebagai Tantangan Kesehatan Ibu dan Anak

Anemia pada kehamilan masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang mendapat perhatian serius di berbagai negara, terutama di negara berkembang. Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) mendefinisikan anemia pada kehamilan sebagai kondisi kadar hemoglobin (Hb) kurang dari 11 g/dL pada trimester pertama dan ketiga atau kurang dari 10,5 g/dL pada trimester kedua. Kondisi ini tidak hanya memengaruhi kesehatan ibu, tetapi juga berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin sehingga meningkatkan risiko komplikasi kehamilan maupun luaran neonatal yang kurang baik yang berkontribusi terhadap tingginya angka kesakitan serta kematian ibu dan bayi di berbagai negara (WHO, 2024).

Kehamilan merupakan periode terjadinya peningkatan kebutuhan zat gizi, terutama zat besi, asam folat, vitamin B12, dan protein untuk mendukung pembentukan sel darah merah, pertumbuhan plasenta, serta perkembangan janin. Apabila selama kehamilan kebutuhan zat besi tidak terpenuhi, kondisi tersebut dapat berkembang menjadi anemia defisiensi besi yang merupakan jenis anemia paling sering ditemukan pada ibu hamil (Cunningham et al., 2022).

Secara global, WHO memperkirakan sekitar 37% ibu hamil mengalami anemia, dengan sebagian besar kasus disebabkan oleh kekurangan zat besi. Prevalensi tersebut masih menjadi tantangan dalam pencapaian target Sustainable Development Goals (SDGs), khususnya dalam menurunkan angka kematian ibu dan meningkatkan kesehatan bayi baru lahir (WHO, 2024). Di Indonesia, anemia pada ibu hamil juga masih menjadi masalah prioritas. Data Survei Status

Gizi Indonesia (SSGI) dan berbagai laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa anemia berkontribusi terhadap meningkatnya risiko komplikasi kehamilan, persalinan, serta gangguan pertumbuhan janin yang berujung pada tingginya kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) dan stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Anemia pada ibu hamil berhubungan erat dengan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen ke jaringan ibu maupun janin. Penurunan suplai oksigen menyebabkan gangguan pertumbuhan plasenta, hambatan pertumbuhan intrauterin (Intrauterine Growth Restriction/IUGR), kelahiran prematur, dan berat badan lahir rendah. Bayi yang lahir dengan berat badan rendah memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan pertumbuhan linier pada dua tahun pertama kehidupan yang pada akhirnya meningkatkan kejadian stunting. Oleh karena itu, pencegahan anemia sejak masa kehamilan merupakan salah satu strategi penting dalam memutus rantai terjadinya stunting sejak periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (Black et al., 2021).

Stunting merupakan gangguan pertumbuhan kronis yang ditandai dengan panjang atau tinggi badan menurut umur berada di bawah minus dua standar deviasi (<−2 SD) berdasarkan standar pertumbuhan WHO. Kondisi ini tidak hanya memengaruhi pertumbuhan fisik, tetapi juga perkembangan kognitif, kemampuan belajar, produktivitas, serta meningkatkan risiko penyakit tidak menular pada masa dewasa. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa status gizi ibu selama kehamilan merupakan salah satu determinan utama terjadinya stunting, sehingga upaya pencegahan harus dimulai sejak sebelum konsepsi hingga masa kehamilan melalui pemenuhan kebutuhan gizi, deteksi dini anemia, dan pelayanan antenatal yang berkualitas (Dewey & Begum, 2022).

Berbagai strategi telah dikembangkan untuk mencegah anemia pada ibu hamil, antara lain melalui pemeriksaan antenatal care (ANC) secara teratur, skrining kadar hemoglobin, pemberian Tablet Tambah Darah (TTD), suplementasi asam folat, edukasi gizi seimbang, peningkatan konsumsi pangan kaya zat besi, pengendalian penyakit infeksi, serta pemberdayaan keluarga dalam mendukung kepatuhan ibu mengonsumsi suplemen. Implementasi strategi tersebut memerlukan kolaborasi antara tenaga kesehatan, keluarga, masyarakat, dan pemerintah agar upaya pencegahan berjalan secara optimal (WHO, 2024).

Bidan sebagai tenaga kesehatan yang berada di lini terdepan pelayanan kesehatan ibu memiliki peran strategis dalam mencegah anemia selama kehamilan. Peran tersebut meliputi pelaksanaan skrining dini, pemantauan status gizi, pemberian suplementasi sesuai standar,

edukasi mengenai pola makan bergizi seimbang, konseling kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah, serta deteksi faktor risiko yang dapat memengaruhi pertumbuhan janin. Melalui pelayanan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan, diharapkan kejadian anemia pada ibu hamil dapat ditekan sehingga risiko terjadinya BBLR, prematuritas, dan stunting dapat diminimalkan.

Berdasarkan uraian tersebut, pemahaman mengenai strategi pencegahan anemia pada ibu hamil menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan antenatal dan mendukung lahirnya generasi yang sehat. Bab ini membahas konsep dasar anemia pada kehamilan, dampaknya terhadap ibu dan janin, strategi pencegahan berbasis bukti ilmiah, pendekatan pencegahan anemia pada kehamilan, inovasi pelayanan, peran bidan, serta tantangan dan peluang dalam implementasi program pencegahan anemia sebagai bagian dari upaya percepatan penurunan stunting dan kejadian berat badan lahir rendah.

B. Konsep Dasar Anemia pada Ibu Hamil

Selama kehamilan terjadi berbagai perubahan fisiologis untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Salah satu perubahan penting adalah peningkatan volume plasma sekitar 40–50%, sedangkan peningkatan massa eritrosit hanya sekitar 20–30%. Perbedaan peningkatan tersebut menyebabkan penurunan konsentrasi hemoglobin yang dikenal sebagai anemia fisiologis kehamilan atau physiological hemodilution. Kondisi ini merupakan adaptasi normal tubuh untuk meningkatkan aliran darah uteroplasenta sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi janin tetap terpenuhi (Cunningham et al., 2022; Varney et al., 2024).

Anemia pada kehamilan merupakan kondisi ketika kadar hemoglobin (Hb) dalam darah berada di bawah nilai normal sehingga kemampuan darah mengangkut oksigen ke jaringan tubuh menurun. WHO menetapkan bahwa anemia pada ibu hamil didiagnosis apabila kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL pada trimester pertama dan ketiga, atau kurang dari 10,5 g/dL pada trimester kedua akibat terjadinya hemodilusi fisiologis selama kehamilan. Berdasarkan kadar hemoglobin, anemia pada kehamilan dibagi menjadi beberapa tingkatan, yaitu anemia ringan : Hb 10,0–10,9 g/dL, anemia sedang : Hb 7,0–9,9 g/dL, anemia berat : Hb kurang dari 7,0 g/dL. Sementara itu, berdasarkan penyebabnya, anemia pada ibu hamil dapat diklasifikasikan menjadi anemia akibat defisiensi besi, anemia akibat defisiensi asam folat, Anemia akibat defisiensi vitamin B12, anemia hemolitik, anemia aplastik, anemia akibat penyakit kronis. Di antara berbagai jenis tersebut, anemia defisiensi besi merupakan jenis yang

paling banyak ditemukan dan diperkirakan mencakup lebih dari 50% kasus anemia pada kehamilan (WHO, 2024).

Menurut Cunningham et al. (2022), anemia merupakan komplikasi medis yang paling sering ditemukan selama kehamilan. Penyebab anemia pada ibu hamil bersifat multifaktorial. Faktor utama adalah kurangnya asupan zat besi, meningkatnya kebutuhan selama kehamilan, dan rendahnya cadangan besi sebelum hamil. Selain itu, anemia juga dapat disebabkan oleh kekurangan asam folat, vitamin B12, perdarahan kronis, infeksi malaria, kecacingan, penyakit ginjal kronis, penyakit inflamasi, serta kelainan genetik seperti talasemia (Cunningham et al., 2022).

Sebagian besar kasus disebabkan oleh defisiensi zat besi, meskipun kekurangan asam folat, vitamin B12, penyakit kronis, infeksi, maupun kelainan hematologi juga dapat menjadi penyebab. Apabila tidak ditangani secara tepat, anemia dapat mengganggu kesehatan ibu sekaligus memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Apabila kebutuhan zat besi tidak dapat dipenuhi melalui makanan maupun suplementasi, cadangan besi tubuh akan menurun sehingga terjadi anemia defisiensi besi. Selama kehamilan, kebutuhan zat besi meningkat hingga sekitar 1.000 mg, yang digunakan untuk pembentukan eritrosit ibu, pertumbuhan janin, perkembangan plasenta, serta mengganti kehilangan darah saat persalinan. Oleh karena itu, ibu hamil memerlukan asupan zat besi yang cukup agar pembentukan hemoglobin berlangsung optimal (WHO, 2024).

Di negara berkembang, faktor sosial ekonomi, rendahnya pendidikan, keterbatasan akses pelayanan kesehatan, jarak kehamilan yang terlalu dekat, serta kepatuhan yang rendah dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah dapat meningkatkan risiko terjadinya anemia pada ibu hamil (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Beberapa faktor yang meningkatkan risiko anemia pada ibu hamil meliputi usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat, multiparitas, kekurangan energi kronis (KEK), status gizi yang kurang, hiperemesis gravidarum, perdarahan selama kehamilan, penyakit infeksi, pola makan rendah zat besi dan protein, kondisi sosial ekonomi yang rendah (WHO, 2024; Varney et al., 2024).

Gejala anemia pada ibu hamil bervariasi tergantung derajat keparahannya. Keluhan yang sering ditemukan mudah lelah, lemah, letih, lesu, pusing, sakit kepala, sesak napas saat beraktivitas, berdebar-debar, wajah dan konjungtiva tampak pucat, penurunan konsentrasi, pada anemia berat dapat terjadi gagal jantung dan syok. Namun demikian, pada anemia ringan sering

kali ibu tidak menunjukkan gejala khas sehingga pemeriksaan hemoglobin rutin menjadi sangat penting dalam pelayanan antenatal (Hoffbrand & Moss, 2023).

Deteksi dini anemia merupakan bagian penting dari pelayanan antenatal care. Kementerian Kesehatan RI merekomendasikan pemeriksaan hemoglobin minimal pada kunjungan awal kehamilan dan diulang pada trimester berikutnya sesuai indikasi. Hasil pemeriksaan menjadi dasar dalam menentukan intervensi berupa edukasi gizi, suplementasi zat besi dan terapi sesuai derajat anemia yang dialami ibu hamil (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Diagnosis anemia ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium utama adalah pengukuran kadar hemoglobin menggunakan hemoglobinometer atau pemeriksaan hematologi lengkap. Pemeriksaan penunjang lain dapat berupa hematokrit, jumlah eritrosit, indeks eritrosit (Mean Corpuscular Volume/MCV, Mean Corpuscular Hemoglobin/MCH, Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration/MCHC), kadar feritin serum, serta pemeriksaan apusan darah tepi apabila diperlukan untuk mengetahui penyebab anemia (WHO, 2024).

Anemia terjadi ketika jumlah eritrosit atau kadar hemoglobin menurun sehingga kapasitas darah dalam mengangkut oksigen berkurang. Pada anemia defisiensi besi, kekurangan zat besi menghambat pembentukan hemoglobin sehingga eritrosit yang dihasilkan berukuran lebih kecil (mikrositik) dan mengandung hemoglobin lebih sedikit (hipokromik). Akibatnya, distribusi oksigen ke jaringan ibu dan plasenta menjadi tidak optimal. Penurunan suplai oksigen ke plasenta menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, penurunan transfer nutrisi, serta meningkatkan risiko terjadinya hambatan pertumbuhan janin /IUGR, persalinan prematur, dan BBLR. Apabila berlangsung dalam jangka panjang, kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko stunting pada anak karena gangguan pertumbuhan telah dimulai sejak dalam kandungan (Black et al., 2021).

C. Dampak Anemia terhadap Ibu, Janin, dan Bayi

Anemia pada kehamilan merupakan salah satu faktor risiko utama yang dapat memengaruhi kesehatan ibu, janin, maupun bayi baru lahir. Penurunan kadar hemoglobin menyebabkan berkurangnya kemampuan darah mengangkut oksigen ke seluruh jaringan tubuh sehingga metabolisme sel terganggu. Selama kehamilan, kebutuhan oksigen meningkat seiring pertumbuhan janin dan plasenta. Oleh karena itu, apabila anemia tidak ditangani dengan baik, berbagai komplikasi obstetri dan neonatal dapat terjadi, mulai dari gangguan pertumbuhan janin

hingga meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi (Cunningham et al., 2022).

Anemia meningkatkan risiko komplikasi obstetri, seperti perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, atonia uteri, preeklamsia, infeksi nifas, hingga gagal jantung pada anemia berat. Pada saat persalinan, ibu dengan anemia memiliki kemampuan yang lebih rendah dalam mentoleransi kehilangan darah sehingga risiko syok hipovolemik dan kematian maternal menjadi lebih tinggi dibandingkan ibu dengan kadar hemoglobin normal (Cunningham et al., 2022). Penelitian yang dipublikasikan dalam The Lancet menunjukkan bahwa anemia berat pada kehamilan berkaitan erat dengan meningkatnya morbiditas dan mortalitas maternal, terutama di negara berkembang yang masih memiliki akses pelayanan kesehatan terbatas (Black et al., 2021).

Anemia pada ibu hamil menyebabkan penurunan kapasitas kerja, mudah lelah, pusing, sesak napas, dan penurunan toleransi terhadap aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut terjadi karena jaringan tubuh mengalami hipoksia akibat rendah kadar hemoglobin. Apabila anemia berlangsung lama, ibu akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga lebih rentan terhadap berbagai penyakit infeksi selama kehamilan (Varney et al., 2024).

Selain dampak fisik, anemia juga memengaruhi kondisi psikologis. Ibu hamil yang mengalami anemia cenderung mudah mengalami kelelahan kronis, gangguan konsentrasi, penurunan kualitas hidup, bahkan meningkatkan risiko depresi selama kehamilan dan masa nifas. Kondisi tersebut dapat memengaruhi kemampuan ibu dalam merawat bayi setelah persalinan serta keberhasilan pemberian ASI eksklusif (Milman, 2023).

Janin memperoleh seluruh kebutuhan oksigen dan nutrisi melalui sirkulasi uteroplasenta. Ibu yang mengalami anemia menyebabkan kemampuan darah membawa oksigen menjadi berkurang sehingga perfusi plasenta menurun. Akibatnya, pertumbuhan dan perkembangan janin dapat terganggu. Hipoksia kronis pada janin dapat menyebabkan IUGR yang ditandai dengan berat badan janin lebih kecil dibandingkan usia kehamilan (WHO, 2024). Anemia pada ibu juga berkaitan dengan meningkatnya risiko hipoksia janin selama persalinan yang dapat menyebabkan asfiksia neonatorum. Kondisi ini berpotensi menimbulkan gangguan neurologis apabila tidak segera ditangani. Oleh karena itu, pemantauan status hemoglobin selama kehamilan merupakan salah satu upaya penting menjaga kesehatan janin hingga proses persalinan berlangsung aman (Varney et al., 2024).

Selain itu, anemia meningkatkan risiko kelahiran prematur yaitu persalinan sebelum usia kehamilan 37 minggu yang sering terjadi pada ibu anemia sedang hingga berat karena gangguan fungsi plasenta dan meningkat respons inflamasi. Bayi prematur memiliki risiko tinggi mengalami gangguan pernapasan, infeksi, hipotermia, serta keterlambatan tumbuh kembang dibandingkan bayi cukup bulan (Hockenberry et al., 2023).

Salah satu dampak paling sering ditemukan akibat anemia pada kehamilan adalah BBLR, yaitu bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram. Berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi selama masa kehamilan menyebabkan pertumbuhan janin tidak optimal sehingga bayi lahir dengan berat badan yang lebih rendah. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil dengan anemia memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi BBLR dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia (Dewey & Begum, 2022). Bayi BBLR memiliki berbagai komplikasi, seperti hipotermia, hipoglikemia, gangguan pernapasan, infeksi, keterlambatan perkembangan neurologis, serta meningkatnya risiko kematian neonatal. Selain itu, bayi BBLR memerlukan pemantauan dan perawatan yang lebih intensif karena organ-organ tubuhnya belum berkembang secara optimal (Hockenberry et al., 2023).

Anemia maternal juga berhubungan dengan rendahnya cadangan zat besi pada bayi baru lahir. Kondisi ini meningkatkan risiko anemia pada masa bayi yang dapat mengganggu perkembangan otak, fungsi kognitif, kemampuan belajar, serta perkembangan motorik apabila tidak segera diatasi (Milman, 2023). Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis yang ditandai dengan panjang atau tinggi badan menurut umur berada di bawah -2 standar deviasi berdasarkan standar WHO. Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting adalah status gizi ibu selama kehamilan, termasuk anemia. Kekurangan hemoglobin menyebabkan distribusi oksigen dan zat gizi ke janin tidak optimal sehingga pertumbuhan janin terganggu sejak dalam kandungan (UNICEF, 2023).

Hubungan antara anemia ibu hamil, BBLR, dan stunting membentuk suatu rangkaian yang saling berkaitan. Anemia menyebabkan gangguan pertumbuhan janin yang berujung pada BBLR atau prematuritas. Bayi yang lahir dengan berat badan rendah memiliki cadangan zat gizi yang terbatas dan lebih rentan mengalami infeksi serta gangguan pertumbuhan pada dua tahun pertama kehidupan. Apabila tidak disertai intervensi gizi dan pelayanan kesehatan yang memadai, kondisi tersebut akan berkembang menjadi stunting (Black et al., 2021).

Oleh karena itu, pencegahan anemia selama kehamilan merupakan salah satu strategi penting dalam mendukung program percepatan penurunan stunting. Intervensi berupa

pemenuhan kebutuhan zat besi, suplementasi Tablet Tambah Darah, perbaikan pola makan, pemeriksaan antenatal secara rutin, serta edukasi kepada ibu hamil terbukti mampu menurunkan risiko BBLR dan meningkatkan pertumbuhan janin secara optimal (WHO, 2024; Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Dalam praktik kebidanan, deteksi dini anemia harus menjadi bagian dari pelayanan antenatal care yang komprehensif. Bidan memiliki peran penting dalam melakukan skrining kadar hemoglobin, menilai status gizi ibu, memberikan suplementasi zat besi dan asam folat, memantau kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah, serta memberikan konseling mengenai pola makan bergizi seimbang. Intervensi yang dilakukan secara dini dan berkesinambungan dapat mencegah terjadinya komplikasi pada ibu maupun bayi, sehingga mendukung tercapainya kehamilan yang sehat dan menurunkan risiko stunting serta BBLR.

Anemia pada ibu hamil merupakan salah satu masalah gizi yang memiliki dampak luas terhadap kesehatan ibu, janin, serta kualitas generasi yang akan datang. Kondisi ini tidak hanya meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan, tetapi juga berkontribusi terhadap terjadinya gangguan pertumbuhan janin yang berujung pada BBLR dan stunting. Oleh karena itu, pencegahan anemia harus menjadi prioritas dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang dimulai sejak masa konsepsi hingga anak berusia dua tahun. Intervensi periode ini terbukti memberikan dampak paling besar terhadap peningkatan kualitas kesehatan, kecerdasan, dan produktivitas sumber daya manusia di masa depan (UNICEF, 2023).

D. Strategi Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil

Pencegahan anemia pada ibu hamil merupakan salah satu strategi penting dalam meningkatkan kesehatan maternal dan neonatal serta menurunkan risiko terjadinya berat BBLR, prematuritas, dan stunting. Upaya pencegahan harus dilakukan secara komprehensif sejak masa prakonsepsi, selama kehamilan, hingga masa nifas melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. WHO menekankan bahwa pencegahan anemia tidak hanya berfokus pada pemberian suplemen zat besi, tetapi juga mencakup perbaikan status gizi, pengendalian penyakit infeksi, edukasi kesehatan, dan peningkatan kualitas pelayanan antenatal. Dengan pendekatan yang terintegrasi, kejadian anemia dapat ditekan sehingga kesehatan ibu dan janin tetap terjaga selama kehamilan (Cunningham et al., 2022).

Strategi pencegahan anemia pada ibu hamil merupakan rangkaian intervensi yang bertujuan mempertahankan kadar hemoglobin dalam batas normal sehingga kebutuhan oksigen ibu dan

janin dapat terpenuhi secara optimal. Pencegahan dimulai sejak masa prakonsepsi dengan memperbaiki status gizi calon ibu, memberikan edukasi mengenai pentingnya konsumsi makanan bergizi, melakukan skrining anemia pada wanita usia subur, serta memberikan suplementasi zat besi dan asam folat apabila ditemukan risiko kekurangan gizi. Pendekatan sejak sebelum kehamilan menjadi sangat penting karena sebagian besar ibu memasuki masa kehamilan dengan cadangan zat besi yang sudah rendah akibat menstruasi, pola makan yang kurang baik, atau kehamilan sebelumnya yang terlalu dekat. Dengan demikian, upaya pencegahan anemia tidak hanya dilakukan ketika ibu telah hamil, tetapi harus dimulai jauh sebelum proses konsepsi berlangsung (WHO, 2023).

Selama masa kehamilan, strategi pencegahan anemia dilakukan melalui pelayanan ANC yang berkualitas. Pemeriksaan kehamilan secara rutin memberikan kesempatan bagi tenaga kesehatan untuk melakukan deteksi dini terhadap penurunan kadar hemoglobin melalui pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan tersebut memungkinkan identifikasi ibu hamil yang berisiko mengalami anemia sehingga intervensi dapat diberikan lebih cepat sebelum kondisi berkembang menjadi anemia sedang atau berat. Selain pemeriksaan hemoglobin, pelayanan ANC juga meliputi penilaian status gizi, pemantauan kenaikan berat badan ibu, pemeriksaan tekanan darah, deteksi penyakit penyerta, serta pemberian konseling mengenai pola makan dan perilaku hidup sehat selama kehamilan. WHO merekomendasikan minimal delapan kali ANC selama kehamilan agar setiap faktor risiko dapat dipantau secara optimal dan komplikasi dapat dicegah sedini mungkin (WHO, 2016).

Melalui kunjungan ANC secara rutin, tenaga kesehatan dapat melakukan skrining anemia melalui pemeriksaan kadar hemoglobin, menilai status gizi ibu, mengidentifikasi faktor risiko, serta memberikan intervensi yang sesuai sejak dini. Kementerian Kesehatan RI merekomendasikan pemeriksaan hemoglobin minimal satu kali pada trimester pertama dan diulang pada trimester ketiga atau sesuai indikasi. Selain pemeriksaan laboratorium, ANC juga menjadi sarana untuk memberikan edukasi mengenai pentingnya pola makan bergizi seimbang, kepatuhan mengonsumsi Tablet Tambah Darah, serta deteksi dini komplikasi kehamilan yang dapat memperburuk kondisi anemia (Varney et al., 2024).

Strategi berikutnya adalah pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil melalui konsumsi makanan yang kaya zat besi, protein, asam folat, vitamin B12, serta vitamin C yang berperan dalam meningkatkan absorpsi zat besi. Sumber zat besi heme seperti daging merah, hati, ikan, dan unggas memiliki tingkat penyerapan yang lebih tinggi dibandingkan zat besi non-heme yang berasal dari sayuran hijau, kacang-kacangan, dan serealia. Selain itu, ibu hamil dianjurkan

menghindari konsumsi teh, kopi, atau makanan tinggi fitat bersamaan dengan makanan sumber zat besi karena dapat menghambat penyerapan zat besi di usus. Edukasi mengenai kombinasi makanan yang tepat sangat penting agar kebutuhan zat besi selama kehamilan dapat terpenuhi secara optimal (Gibson, 2024).

Pemberian Tablet Tambah Darah merupakan intervensi yang terbukti efektif dalam mencegah dan mengatasi anemia defisiensi besi pada kehamilan. Kementerian Kesehatan RI menganjurkan setiap ibu hamil mengonsumsi sedikitnya 90 tablet zat besi dan asam folat selama masa kehamilan, sedangkan WHO merekomendasikan suplementasi harian yang mengandung 30–60 mg zat besi elemental dan 400 μg asam folat. Kepatuhan dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah menjadi faktor penting keberhasilan program pencegahan anemia. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memberikan konseling mengenai manfaat Tablet Tambah Darah, cara konsumsi yang benar, kemungkinan efek samping, serta cara mengatasinya agar kepatuhan ibu tetap tinggi (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Meskipun demikian, berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah masih menjadi tantangan utama di banyak daerah. Efek samping seperti mual, konstipasi, rasa logam di mulut, serta kurangnya pengetahuan mengenai manfaat tablet tambah darah menyebabkan sebagian ibu menghentikan konsumsi sebelum dosis yang dianjurkan tercapai. Oleh karena itu, edukasi yang berkesinambungan oleh tenaga kesehatan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari strategi pencegahan anemia (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Strategi pencegahan anemia juga perlu memperhatikan faktor penyebab lain seperti infeksi malaria, kecacingan, tuberkulosis, maupun penyakit kronis yang dapat mengganggu metabolisme zat besi. Di daerah endemis malaria, misalnya, ibu hamil memerlukan pencegahan melalui penggunaan kelambu berinsektisida, pengobatan sesuai pedoman nasional, serta pemantauan kondisi kesehatan secara berkala. Sementara itu, di daerah dengan prevalensi kecacingan yang tinggi, pemberian obat cacing pada trimester kedua sesuai rekomendasi dapat membantu mengurangi kehilangan darah kronis akibat cacing tambang. Penanganan faktor-faktor tersebut merupakan bagian integral dari strategi pencegahan anemia karena suplementasi zat besi tidak akan memberikan hasil optimal apabila penyebab utama kehilangan zat besi tidak diatasi (WHO, 2024).

Peran tenaga kesehatan, khususnya bidan, sangat menentukan keberhasilan strategi pencegahan anemia. Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan ibu hamil di tingkat pelayanan primer sehingga memiliki kesempatan besar untuk melakukan edukasi, skrining, pemantauan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, serta konseling mengenai pola

makan bergizi seimbang. Selain itu, bidan juga berperan dalam memberdayakan keluarga agar ikut mendukung ibu hamil, misalnya dengan menyediakan makanan bergizi, mengingatkan konsumsi tablet tambah darah, serta mendorong ibu melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Dukungan keluarga terbukti meningkatkan kepatuhan ibu dalam menjalankan anjuran tenaga kesehatan sehingga berkontribusi terhadap peningkatan status hemoglobin selama kehamilan (UNICEF, 2023).

Selain intervensi medis dan gizi, pencegahan anemia memerlukan dukungan keluarga, masyarakat, dan lintas sektor. Suami dan anggota keluarga berperan dalam mendukung pemenuhan gizi ibu, mengingatkan konsumsi Tablet Tambah Darah, serta mendorong ibu melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Di tingkat masyarakat, program kelas ibu hamil, Posyandu, pemberian makanan tambahan, serta edukasi kesehatan menjadi media yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku hidup sehat. Kolaborasi antara bidan, dokter, ahli gizi, kader kesehatan, serta pemerintah daerah akan memperkuat keberhasilan program pencegahan anemia sehingga mampu menurunkan angka kejadian BBLR dan stunting secara berkelanjutan (Black et al., 2021).

E. Pendekatan Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil

Pencegahan anemia pada ibu hamil memerlukan pendekatan yang komprehensif, berkesinambungan, dan terintegrasi karena anemia merupakan masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, gizi, sosial, ekonomi, budaya, serta pelayanan kesehatan. Tidak ada satu intervensi tunggal yang mampu mengatasi seluruh penyebab anemia selama kehamilan. Oleh karena itu, pendekatan yang diterapkan harus melibatkan berbagai komponen, mulai dari peningkatan status gizi sebelum kehamilan, pelayanan antenatal yang berkualitas, pemberian suplementasi zat besi, pengendalian penyakit infeksi, hingga pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Pendekatan tersebut menjadi sangat penting mengingat anemia pada ibu hamil berkaitan erat dengan meningkatnya risiko BBLR, kelahiran prematur, gangguan perkembangan janin, dan stunting yang berdampak terhadap kualitas sumber daya manusia di masa depan (WHO, 2024).

Pendekatan promotif merupakan langkah awal dalam pencegahan anemia yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan ibu hamil serta keluarganya dalam menjaga kesehatan selama kehamilan. Edukasi kesehatan menjadi komponen utama dalam pendekatan ini karena rendahnya pengetahuan ibu mengenai kebutuhan gizi, penyebab anemia, dan pentingnya suplementasi zat besi sering menjadi faktor yang menyebabkan tingginya

prevalensi anemia. Melalui penyuluhan kesehatan, ibu hamil diberikan informasi mengenai pentingnya konsumsi makanan bergizi seimbang, manfaat tablet tambah darah, tanda dan gejala anemia, serta dampaknya terhadap kesehatan ibu dan janin (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Promosi kesehatan tidak hanya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga melalui Posyandu, kelas ibu hamil, kelompok masyarakat, media sosial, maupun media cetak. Edukasi yang dilakukan secara berulang terbukti meningkatkan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi tablet tambah darah dan memperbaiki pola konsumsi makanan selama kehamilan. Selain itu, promosi kesehatan juga diarahkan kepada calon pengantin dan remaja putri sebagai bagian dari upaya pencegahan anemia sejak sebelum kehamilan. Strategi ini sejalan dengan pendekatan *life cycle* yang menekankan pentingnya intervensi gizi sepanjang siklus kehidupan untuk menghasilkan kehamilan sehat (UNICEF, 2023).

Pendekatan preventif bertujuan mencegah terjadi anemia melalui identifikasi faktor risiko serta pemberian intervensi sebelum muncul komplikasi. Salah satu bentuk pencegahan paling efektif adalah pemeriksaan kadar hemoglobin secara rutin pada setiap ibu hamil sehingga memungkinkan tenaga kesehatan mendeteksi anemia sejak trimester pertama supaya penatalaksanaan dapat dilakukan lebih dini. Selain pemeriksaan hemoglobin, skrining status gizi melalui pengukuran berat badan, indeks massa tubuh, dan lingkar lengan atas juga diperlukan untuk mengidentifikasi ibu yang mengalami kekurangan energi kronis yang berpotensi memperburuk anemia (WHO, 2016).

Intervensi preventif berikutnya adalah pemberian Tablet Tambah Darah yang mengandung zat besi dan asam folat. WHO merekomendasikan suplementasi harian yang mengandung 30–60 mg zat besi elemental dan 400 µg asam folat selama masa kehamilan. Di Indonesia, pemerintah menetapkan pemberian minimal 90 tablet tambah darah kepada setiap ibu hamil sebagai bagian dari pelayanan antenatal terpadu. Program ini bertujuan memenuhi peningkatan kebutuhan zat besi selama kehamilan sekaligus mencegah anemia defisiensi besi yang merupakan penyebab terbanyak anemia pada ibu hamil (WHO, 2023).

Pendekatan kuratif dilakukan apabila ibu telah terdiagnosis mengalami anemia selama kehamilan. Penatalaksanaan kuratif bertujuan mengembalikan kadar hemoglobin ke nilai normal sekaligus mengatasi penyebab yang mendasarinya. Langkah pertama adalah menentukan jenis anemia melalui pemeriksaan laboratorium, seperti kadar hemoglobin, hematokrit, indeks eritrosit, ferritin serum, kadar vitamin B12, maupun kadar asam folat.

Pemeriksaan tersebut penting karena tata laksana anemia defisiensi besi berbeda dengan anemia akibat penyakit kronis atau defisiensi vitamin (Cunningham et al., 2022).

Pada anemia defisiensi besi ringan hingga sedang, terapi utama adalah pemberian preparat zat besi oral yang dikombinasikan dengan asam folat. Ibu juga dianjurkan meningkatkan konsumsi makanan kaya zat besi, vitamin C, dan protein untuk mendukung pembentukan hemoglobin. Pada kasus anemia berat (Hb <7 g/dL), terutama apabila disertai gangguan hemodinamik atau mendekati waktu persalinan, dapat dipertimbangkan pemberian zat besi intravena maupun transfusi darah sesuai indikasi klinis. Penatalaksanaan harus dilakukan secara hati-hati dengan mempertimbangkan usia kehamilan, kondisi ibu, dan kondisi janin. Selain terapi farmakologis, penyebab lain seperti malaria, tuberkulosis, infeksi saluran kemih, maupun kecacingan harus segera diobati agar terapi anemia memberikan hasil yang optimal. Pendekatan kuratif yang tepat tidak hanya memperbaiki kondisi ibu, tetapi juga mengurangi risiko komplikasi obstetri dan neonatal (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pendekatan rehabilitatif bertujuan mempertahankan kondisi kesehatan ibu setelah kadar hemoglobin membaik serta mencegah kekambuhan anemia hingga masa nifas. Setelah persalinan, ibu tetap memerlukan zat besi untuk mengganti kehilangan darah selama proses melahirkan dan mendukung produksi ASI. Oleh karena itu, WHO menganjurkan agar suplementasi zat besi dilanjutkan selama beberapa minggu setelah persalinan sesuai kondisi klinis ibu. Pendekatan rehabilitatif juga mencakup konseling mengenai pemenuhan gizi selama menyusui, pengaturan jarak kehamilan, penggunaan kontrasepsi yang sesuai, serta pemantauan status gizi ibu pada masa nifas. Upaya tersebut penting karena anemia yang tidak tertangani dengan baik dapat berulang pada kehamilan berikutnya dan meningkatkan risiko komplikasi yang sama (WHO, 2024).

Keberhasilan pencegahan anemia tidak hanya bergantung pada tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Suami memiliki peran penting dalam memastikan ibu memperoleh makanan bergizi, mengonsumsi tablet tambah darah secara teratur, menghadiri pemeriksaan antenatal, serta mendapatkan dukungan emosional selama kehamilan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan suami meningkatkan kepatuhan ibu terhadap program kesehatan maternal dan berdampak positif terhadap status gizi ibu maupun luaran kehamilan. Keluarga juga berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku hidup sehat, misalnya dengan menyediakan pangan bergizi, membantu aktivitas rumah tangga ketika ibu mengalami kelelahan, serta mendorong ibu mengikuti kelas ibu hamil (UNICEF, 2023).

Pendekatan berbasis keluarga menjadi sangat relevan di Indonesia yang masih memiliki budaya kekeluargaan yang kuat sehingga keputusan mengenai kesehatan ibu sering kali dipengaruhi oleh anggota keluarga lainnya. Selain keluarga, masyarakat memiliki kontribusi besar dalam keberhasilan program pencegahan anemia. Melalui Posyandu, kader kesehatan, organisasi kemasyarakatan, serta tokoh masyarakat, edukasi mengenai anemia dapat menjangkau lebih banyak ibu hamil, termasuk mereka yang tinggal di daerah terpencil. Kader kesehatan berperan dalam melakukan pemantauan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, mengingatkan jadwal pemeriksaan kehamilan, serta memberikan penyuluhan mengenai gizi seimbang. Pemberdayaan masyarakat juga dapat dilakukan melalui pemanfaatan pangan lokal yang kaya zat besi seperti daun kelor, daun katuk, ikan, telur, hati ayam, kacang-kacangan, dan sayuran hijau. Pemanfaatan sumber daya lokal tidak hanya meningkatkan status gizi ibu hamil tetapi juga mendukung ketahanan pangan keluarga dan keberlanjutan program pencegahan anemia (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pencegahan anemia memerlukan kolaborasi lintas sektor yang melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, pertanian, pangan, dan perlindungan sosial. Pemerintah berperan dalam menjamin ketersediaan tablet tambah darah, meningkatkan akses pelayanan kesehatan, memperkuat edukasi masyarakat, serta mengembangkan kebijakan yang mendukung pemenuhan gizi ibu hamil. Sektor pertanian dapat mendukung melalui peningkatan produksi pangan bergizi, sedangkan sektor pendidikan berperan dalam meningkatkan literasi kesehatan masyarakat. Kolaborasi multisektoral menjadi salah satu strategi yang direkomendasikan WHO karena penyebab anemia sangat kompleks dan tidak dapat diselesaikan hanya melalui intervensi medis. Dengan sinergi berbagai sektor, diharapkan prevalensi anemia pada ibu hamil dapat menurun sehingga risiko BBLR dan stunting juga semakin berkurang (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

F. Inovasi Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi telah mendorong lahirnya berbagai inovasi dalam pencegahan anemia pada ibu hamil. Inovasi tersebut tidak hanya berfokus pada pemberian suplementasi zat besi, tetapi juga mengintegrasikan pendekatan berbasis pangan lokal, teknologi digital, pemberdayaan masyarakat, serta pelayanan kesehatan yang berpusat pada ibu (mother-centered care). Pendekatan inovatif ini bertujuan meningkatkan kepatuhan ibu terhadap intervensi yang diberikan, memperbaiki status gizi, serta memperluas akses pelayanan kesehatan sehingga kejadian anemia dapat ditekan secara berkelanjutan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kombinasi intervensi gizi, edukasi, dan pemanfaatan teknologi

memberikan hasil yang lebih efektif dibandingkan pendekatan konvensional semata (Black et al., 2021).

Salah satu inovasi yang banyak dikembangkan adalah pemanfaatan pangan lokal yang kaya zat besi sebagai sumber nutrisi bagi ibu hamil. Indonesia memiliki beragam bahan pangan lokal seperti daun kelor (Moringa oleifera), bayam, kacang-kacangan, ikan, hati ayam, daging merah, serta buah-buahan yang kaya vitamin C untuk meningkatkan penyerapan zat besi. Daun kelor misalnya mengandung zat besi, protein, vitamin A, vitamin C, dan berbagai antioksidan yang berperan dalam pembentukan hemoglobin. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pengolahan daun kelor menjadi teh, biskuit, tepung, smoothie, maupun kapsul dapat meningkatkan kadar hemoglobin pada ibu hamil apabila dikombinasikan dengan konsumsi Tablet Tambah Darah. Pemanfaatan pangan lokal tidak hanya meningkatkan status gizi ibu, tetapi juga lebih mudah diterapkan karena sesuai dengan budaya dan ketersediaan bahan pangan di masyarakat (Leone et al., 2023).

Inovasi lain yang berkembang pesat adalah pemanfaatan teknologi digital dalam pelayanan antenatal. Berbagai aplikasi kesehatan ibu (mobile health/mHealth) telah digunakan untuk memberikan pengingat konsumsi Tablet Tambah Darah, jadwal pemeriksaan kehamilan, edukasi gizi, pemantauan keluhan kehamilan, serta konsultasi jarak jauh dengan tenaga kesehatan. Selain itu, telehealth memungkinkan ibu hamil yang tinggal di daerah terpencil tetap memperoleh informasi dan pendampingan dari tenaga kesehatan tanpa harus sering datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Studi menunjukkan bahwa penggunaan media digital dapat meningkatkan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi suplemen zat besi dan memperbaiki pengetahuan mengenai pencegahan anemia selama kehamilan (BMC Pregnancy and Childbirth, 2023).

Selain teknologi digital, inovasi berbasis komunitas juga menjadi strategi yang efektif dalam pencegahan anemia. Pelaksanaan kelas ibu hamil, Posyandu, kelompok pendamping ibu hamil, serta keterlibatan kader kesehatan mampu meningkatkan pengetahuan, motivasi, dan kepatuhan ibu dalam menjalankan anjuran tenaga kesehatan. Edukasi melalui media audiovisual, booklet, video animasi, infografis, maupun media sosial terbukti lebih menarik dan mudah dipahami dibandingkan penyuluhan konvensional. Pendekatan ini juga memberikan kesempatan kepada keluarga, terutama suami, untuk berperan aktif dalam mendukung pemenuhan gizi ibu hamil, kepatuhan mengonsumsi Tablet Tambah Darah, serta pemanfaatan pelayanan antenatal secara optimal (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Inovasi pencegahan anemia perlu diarahkan pada pendekatan yang lebih komprehensif melalui kolaborasi multidisiplin, pemanfaatan kecerdasan buatan (Artificial Intelligence), rekam medis elektronik, sistem pemantauan gizi berbasis digital, serta pengembangan produk pangan fungsional yang mudah diterima masyarakat. Integrasi inovasi tersebut dengan pelayanan antenatal yang berkualitas diharapkan mampu meningkatkan deteksi dini anemia, memperbaiki status gizi ibu hamil, serta menurunkan risiko komplikasi kehamilan, termasuk BBLR, prematuritas, dan stunting. Dengan demikian, inovasi tidak hanya menjadi pelengkap pelayanan kesehatan, tetapi juga merupakan strategi penting dalam mendukung terwujudnya generasi yang sehat, berkualitas, dan bebas stunting (Varney et al., 2024).

G. Penutup

Anemia pada ibu hamil masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang memerlukan perhatian serius karena berdampak langsung terhadap kesehatan ibu maupun janin. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh defisiensi zat besi, meskipun faktor lain seperti kekurangan asam folat, vitamin B12, penyakit infeksi, dan penyakit kronis juga dapat berkontribusi. Selama kehamilan, peningkatan kebutuhan zat besi dan perubahan fisiologis hematologi menyebabkan ibu lebih rentan mengalami anemia apabila kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi secara optimal. Oleh karena itu, pemahaman mengenai faktor penyebab, mekanisme terjadinya anemia, serta upaya pencegahannya menjadi bagian penting dalam pelayanan kesehatan maternal (Cunningham et al., 2022).

Anemia yang tidak ditangani secara tepat dapat meningkatkan risiko berbagai komplikasi kehamilan, seperti persalinan prematur, perdarahan postpartum, infeksi, BBLR, hingga stunting pada anak. Penurunan kadar hemoglobin menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke plasenta sehingga pertumbuhan janin menjadi tidak optimal. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pencegahan anemia bukan hanya bertujuan menjaga kesehatan ibu, tetapi juga merupakan investasi jangka panjang dalam meningkatkan kualitas kesehatan dan tumbuh kembang anak sejak periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (Dewey & Begum, 2022).

Strategi pencegahan anemia harus dilakukan secara komprehensif melalui pelayanan ANC yang berkualitas, skrining kadar hemoglobin secara rutin, pemberian Tablet Tambah Darah, suplementasi asam folat, pemenuhan kebutuhan gizi seimbang, pengendalian penyakit infeksi, serta edukasi kepada ibu dan keluarga. Di samping itu, berbagai inovasi seperti pemanfaatan pangan lokal kaya zat besi, penggunaan teknologi digital dalam pemantauan kehamilan, serta pemberdayaan masyarakat melalui kelas ibu hamil dan Posyandu menjadi pendekatan yang

efektif dalam meningkatkan keberhasilan program pencegahan anemia. Pelaksanaan strategi tersebut memerlukan sinergi antara tenaga kesehatan, keluarga, masyarakat, dan pemerintah agar hasil yang dicapai lebih optimal (WHO, 2024).

Bidan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya pencegahan anemia karena merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan ibu hamil di tingkat pelayanan primer. Melalui deteksi dini, konseling gizi, pemantauan kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah, pendampingan selama kehamilan, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, bidan berkontribusi dalam menurunkan angka kejadian anemia, BBLR, dan stunting. Kompetensi bidan dalam memberikan pelayanan yang komprehensif, berkesinambungan, dan berbasis bukti ilmiah menjadi salah satu faktor penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak (Varney et al., 2024).

Sebagai penutup, pencegahan anemia pada ibu hamil merupakan investasi kesehatan yang memberikan manfaat tidak hanya bagi ibu, tetapi juga bagi generasi yang akan datang. Keberhasilan program pencegahan anemia akan mendukung penurunan angka kematian ibu, menurunkan kejadian BBLR dan stunting, serta meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia. Oleh karena itu, diperlukan komitmen bersama tenaga kesehatan, pemerintah, akademisi, dan masyarakat untuk terus memperkuat implementasi program pencegahan anemia melalui pendekatan yang komprehensif, inovatif, dan berkelanjutan sehingga tujuan pembangunan kesehatan nasional dapat tercapai secara optimal.

Referensi

Black, R. E., Walker, S. P., & The Maternal and Child Nutrition Study Group. (2021). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet, 397(10282), 129–146.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). Williams Obstetrics (26th ed.). McGraw-Hill Education.

Dewey, K. G., & Begum, K. (2022). Long-term consequences of stunting in early life. Maternal & Child Nutrition, 18(Suppl. 1), e13267.

Gibson, R. S. (2024). Principles of Nutritional Assessment (3rd ed.). Oxford University Press.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2023). Wong's Essentials of Pediatric Nursing (12th ed.). Elsevier.

Hoffbrand, A. V., & Moss, P. A. H. (2023). Essential Haematology (8th ed.). Wiley-Blackwell.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Ibu Hamil. Jakarta: Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan Ibu Hamil. Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan RI.

Leone, A., Bertoli, S., Di Lello, S., & Battezzati, A. (2023). Nutritional properties and potential health benefits of Moringa oleifera in maternal nutrition: A review. Nutrients, 15(8), 1845.

Means, R. T. (2021). Iron deficiency and iron deficiency anemia: Implications and impact in pregnancy. Hematology, American Society of Hematology Education Program, 2021(1), 287–294. https://doi.org/10.1182/hematology.2021000247

Milman, N. (2023). Iron deficiency and anaemia in pregnancy: Modern aspects of diagnosis and treatment. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 102(5), 563–572.

UNICEF. (2023). The State of the World's Children 2023: For Every Child, Vaccination. UNICEF.

United Nations Children's Fund. (2023). Maternal nutrition. https://www.unicef.org/nutrition

Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2024). Varney's Midwifery (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.

World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. https://iris.who.int/handle/10665/250796

World Health Organization. (2023). *WHO recommendations on maternal nutrition*. https://www.who.int

World Health Organization. (2024). Anaemia in Women and Children. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). WHO Guideline on Daily Iron and Folic Acid

Supplementation in Pregnant Women. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Ana*emia*. https://www.who.int/health-topics/anaemia

ISSN 3063-4946

BAB XV

Diabetes Melitus Gestasional dan Pola Hidup Sehat pada Ibu Hamil

apt.Rahmadani, S.Farm.,M.Farm

A. Konsep dan Defenisi Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes Melitus Gestasional (DMG) merupakan gangguan metabolisme glukosa yang pertama kali dikenali pada masa kehamilan, baik berupa intoleransi glukosa ringan maupun hiperglikemia yang memenuhi kriteria diabetes, tetapi belum jelas apakah kondisi tersebut telah ada sebelum kehamilan. Saat ini, organisasi internasional lebih menekankan bahwa DMG adalah hiperglikemia yang terdiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan yang tidak memenuhi kriteria diabetes melitus overt sebelum kehamilan. Kondisi ini terjadi akibat ketidakmampuan sel β pankreas meningkatkan sekresi insulin untuk mengimbangi peningkatan resistensi insulin fisiologis selama kehamilan. Akibatnya, kadar glukosa darah ibu meningkat dan dapat berdampak terhadap kesehatan ibu maupun janin apabila tidak dideteksi dan ditangani secara tepat (American Diabetes Association [ADA], 2026; International Diabetes Federation [IDF], 2025).

Kehamilan secara fisiologis menyebabkan perubahan metabolisme yang bertujuan menjamin ketersediaan glukosa bagi pertumbuhan janin. Pada trimester kedua dan ketiga, plasenta menghasilkan berbagai hormon seperti human placental lactogen (hPL), progesteron, estrogen, kortisol, dan placental growth hormone yang bersifat diabetogenik. Hormon-hormon tersebut meningkatkan resistensi insulin sehingga penggunaan glukosa oleh jaringan ibu menurun dan lebih banyak glukosa tersedia untuk janin. Pada wanita dengan fungsi pankreas yang normal, peningkatan resistensi insulin diimbangi oleh peningkatan sekresi insulin. Namun, pada wanita dengan cadangan fungsi sel β yang terbatas, mekanisme kompensasi tersebut tidak mencukupi sehingga terjadi hiperglikemia yang menjadi dasar terjadinya DMG (Metzger et al., 2024; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024).

Secara klinis, DMG berbeda dengan diabetes melitus tipe 1 maupun tipe 2 yang telah ada sebelum kehamilan (pregestational diabetes). Diabetes pregestasional merupakan kondisi diabetes yang telah didiagnosis sebelum konsepsi atau ditemukan pada awal kehamilan dengan kadar glukosa yang telah memenuhi kriteria diabetes melitus. Sebaliknya, DMG muncul sebagai akibat perubahan metabolik selama kehamilan dan pada sebagian besar kasus kadar glukosa kembali normal setelah persalinan. Walaupun demikian, wanita yang pernah mengalami DMG memiliki risiko lebih tinggi mengalami diabetes melitus tipe 2, sindrom metabolik, penyakit kardiovaskular, serta kekambuhan DMG pada kehamilan berikutnya sehingga memerlukan pemantauan jangka panjang setelah melahirkan (ADA, 2026; World Health Organization [WHO], 2023).

Menurut kriteria diagnostik yang direkomendasikan International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), WHO, dan ADA, diagnosis DMG ditegakkan melalui pemeriksaan Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) 75 gram yang umumnya dilakukan pada usia kehamilan 24–28 minggu pada ibu hamil yang belum terdiagnosis diabetes sebelumnya. Diagnosis ditegakkan apabila salah satu nilai glukosa darah memenuhi atau melebihi batas yang ditetapkan, yaitu glukosa puasa ≥92 mg/dL, glukosa 1 jam ≥180 mg/dL, atau glukosa 2 jam ≥153 mg/dL. Pendekatan diagnosis yang seragam memungkinkan deteksi dini sehingga intervensi dapat segera diberikan untuk menurunkan risiko komplikasi maternal maupun neonatal (WHO, 2023; ADA, 2026).

DMG saat ini menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat global karena prevalensinya terus meningkat seiring bertambahnya usia reproduksi ibu, meningkatnya prevalensi obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dan perubahan pola makan. International Diabetes Federation melaporkan bahwa sekitar satu dari enam kelahiran hidup di dunia berhubungan dengan hiperglikemia selama kehamilan, dan sebagian besar kasus tersebut merupakan DMG. Peningkatan prevalensi ini menjadikan deteksi dini, edukasi, perubahan gaya hidup, serta pengendalian glikemik sebagai strategi utama untuk mencegah komplikasi seperti preeklampsia, makrosomia, distosia bahu, persalinan sesar, hipoglikemia neonatal, hingga meningkatnya risiko obesitas dan diabetes pada anak di kemudian hari (IDF, 2025; WHO, 2023).

B. Faktor Risiko Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes melitus gestasional (DMG) merupakan penyakit multifaktorial yang dipengaruhi oleh interaksi faktor genetik, metabolik, hormonal, dan lingkungan. Selama kehamilan, peningkatan hormon plasenta menyebabkan resistensi insulin fisiologis. Pada wanita yang memiliki kemampuan kompensasi sekresi insulin yang tidak memadai, kondisi tersebut

berkembang menjadi hiperglikemia yang kemudian didiagnosis sebagai DMG. Oleh karena itu, identifikasi faktor risiko sejak awal kehamilan menjadi bagian penting dalam pelayanan antenatal untuk menentukan kebutuhan skrining dini dan intervensi pencegahan (American Diabetes Association [ADA], 2026; World Health Organization [WHO], 2023).

Salah satu faktor risiko yang paling kuat adalah kelebihan berat badan atau obesitas sebelum kehamilan. Wanita dengan indeks massa tubuh (IMT) yang tinggi memiliki resistensi insulin yang lebih besar dibandingkan wanita dengan berat badan normal. Akumulasi jaringan adiposa meningkatkan pelepasan sitokin proinflamasi, seperti tumor necrosis factor-α (TNF-α) dan interleukin-6 (IL-6), yang mengganggu sensitivitas insulin sehingga meningkatkan risiko terjadinya DMG. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa risiko DMG meningkat seiring dengan meningkatnya derajat obesitas (American Diabetes Association [ADA], 2026; International Diabetes Federation [IDF], 2025).

Usia ibu juga merupakan faktor risiko penting. Wanita hamil yang berusia 35 tahun atau lebih memiliki risiko lebih tinggi mengalami DMG dibandingkan wanita usia reproduksi yang lebih muda. Peningkatan usia berkaitan dengan menurunnya sensitivitas insulin, penurunan fungsi sel β pankreas, serta meningkatnya prevalensi penyakit metabolik seperti hipertensi dan obesitas. Oleh karena itu, wanita dengan usia maternal lanjut memerlukan pemantauan glukosa yang lebih ketat selama kehamilan (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024; ADA, 2026).

Faktor risiko lain yang sangat berpengaruh adalah riwayat diabetes melitus gestasional pada kehamilan sebelumnya. Wanita yang pernah mengalami DMG memiliki risiko kekambuhan yang tinggi pada kehamilan berikutnya karena gangguan fungsi sel β pankreas dan resistensi insulin sering kali tetap berlanjut setelah persalinan. Selain itu, riwayat melahirkan bayi makrosomia (berat lahir ≥4.000 gram) atau riwayat gangguan toleransi glukosa juga meningkatkan kemungkinan terjadinya DMG pada kehamilan berikutnya (ADA, 2026; WHO, 2023).

Riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2, terutama pada orang tua atau saudara kandung, merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Predisposisi genetik yang memengaruhi fungsi sel β pankreas dan sensitivitas insulin meningkatkan kerentanan wanita terhadap hiperglikemia selama kehamilan. Risiko tersebut menjadi lebih besar apabila disertai faktor lingkungan seperti pola makan tinggi kalori, obesitas, dan kurangnya aktivitas fisik (IDF, 2025; ADA, 2026).

Faktor gaya hidup juga berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian DMG. Pola makan yang tinggi gula sederhana, lemak jenuh, dan makanan ultra-proses serta rendah konsumsi serat, buah, dan sayuran dapat memperburuk resistensi insulin. Sebaliknya, aktivitas fisik teratur dan pola makan seimbang terbukti membantu meningkatkan sensitivitas insulin serta menurunkan risiko DMG. Oleh karena itu, modifikasi gaya hidup merupakan strategi utama dalam pencegahan DMG pada wanita dengan faktor risiko tinggi (WHO, 2023; ADA, 2026).

C. Epidemiologi Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes Melitus Gestasional (DMG) merupakan salah satu komplikasi metabolik yang paling sering terjadi selama kehamilan dan menjadi masalah kesehatan masyarakat di berbagai negara. Peningkatan prevalensi DMG dalam dua dekade terakhir berkaitan dengan meningkatnya prevalensi obesitas, usia kehamilan yang semakin tua, perubahan pola makan, gaya hidup sedentari, serta meningkatnya kejadian diabetes melitus tipe 2 pada wanita usia reproduksi. Menurut International Diabetes Federation (IDF), sekitar 21,1 juta kelahiran hidup (16,8%) di seluruh dunia pada tahun 2024 mengalami hiperglikemia selama kehamilan, dan sekitar 80–90% di antaranya merupakan kasus diabetes melitus gestasional (International Diabetes Federation [IDF], 2025; American Diabetes Association [ADA], 2026).

Prevalensi DMG menunjukkan variasi yang cukup besar antarnegara dan antarpopulasi. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh karakteristik etnis, faktor genetik, status sosial ekonomi, prevalensi obesitas, akses terhadap pelayanan kesehatan, serta metode skrining dan kriteria diagnosis yang digunakan. Negara-negara di kawasan Asia, Timur Tengah, dan Pasifik Barat dilaporkan memiliki prevalensi DMG yang relatif lebih tinggi dibandingkan kawasan lainnya. Selain itu, penggunaan kriteria diagnosis berdasarkan International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) cenderung meningkatkan angka deteksi DMG dibandingkan kriteria diagnostik yang lebih lama (World Health Organization [WHO], 2023; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024).

Di kawasan Asia Tenggara, kejadian DMG terus mengalami peningkatan seiring dengan perubahan gaya hidup masyarakat, urbanisasi, serta meningkatnya prevalensi obesitas pada wanita usia reproduksi. Populasi Asia diketahui memiliki kecenderungan mengalami resistensi insulin dan disfungsi sel β pankreas pada indeks massa tubuh yang lebih rendah dibandingkan populasi Barat. Kondisi tersebut menyebabkan wanita Asia memiliki risiko lebih tinggi mengalami DMG meskipun tidak tergolong obesitas berdasarkan klasifikasi indeks massa tubuh internasional (IDF, 2025; WHO, 2023).

Di Indonesia, DMG diperkirakan masih belum terdiagnosis secara optimal karena skrining belum dilakukan secara merata pada seluruh ibu hamil. Beberapa penelitian di berbagai rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan menunjukkan prevalensi DMG yang bervariasi, berkisar antara 1,9% hingga lebih dari 20%, bergantung pada karakteristik populasi, usia kehamilan, faktor risiko, serta metode pemeriksaan yang digunakan. Variasi tersebut menunjukkan pentingnya penerapan skrining universal atau skrining berbasis faktor risiko sesuai rekomendasi nasional dan internasional agar kasus DMG dapat dideteksi sejak dini (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia [PERKENI], 2025; ADA, 2026).

Peningkatan prevalensi DMG memiliki dampak yang luas terhadap kesehatan ibu dan bayi. Hiperglikemia selama kehamilan berhubungan dengan meningkatnya risiko preeklampsia, persalinan sesar, polihidramnion, serta perkembangan diabetes melitus tipe 2 pada ibu setelah persalinan. Pada janin dan bayi baru lahir, DMG meningkatkan risiko makrosomia, distosia bahu, hipoglikemia neonatal, hiperbilirubinemia, gangguan pernapasan, hingga meningkatnya risiko obesitas dan diabetes melitus pada masa anak-anak maupun dewasa. Oleh karena itu, DMG tidak hanya menjadi masalah kesehatan selama kehamilan, tetapi juga merupakan faktor risiko penyakit metabolik antargenerasi (ADA, 2026; WHO, 2023).

Beban epidemiologi DMG diperkirakan akan terus meningkat pada masa mendatang apabila tidak diimbangi dengan strategi pencegahan yang efektif. Organisasi kesehatan internasional menekankan pentingnya pendekatan promotif dan preventif melalui edukasi prakonsepsi, pengendalian berat badan, penerapan pola makan sehat, aktivitas fisik teratur, serta skrining glukosa selama kehamilan. Upaya tersebut diharapkan mampu menurunkan angka kejadian DMG, mengurangi komplikasi maternal dan neonatal, serta menekan peningkatan kasus diabetes melitus tipe 2 di masa depan (IDF, 2025; WHO, 2023; ADA, 2026).

D. Fatofisiologi Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes Melitus Gestasional (DMG) merupakan gangguan metabolisme glukosa yang terjadi akibat ketidakseimbangan antara peningkatan kebutuhan insulin selama kehamilan dengan kemampuan sel β pankreas untuk mempertahankan sekresi insulin yang adekuat. Selama kehamilan normal, terjadi adaptasi fisiologis berupa peningkatan resistensi insulin yang bertujuan mempertahankan ketersediaan glukosa bagi pertumbuhan dan perkembangan janin. Pada sebagian besar wanita, kondisi tersebut dapat dikompensasi melalui peningkatan massa dan fungsi sel β pankreas sehingga kadar glukosa darah tetap normal. Namun, pada wanita yang memiliki predisposisi genetik atau faktor risiko metabolik, mekanisme kompensasi tersebut

tidak berlangsung secara optimal sehingga berkembang menjadi hiperglikemia yang dikenal sebagai diabetes melitus gestasional (American Diabetes Association [ADA], 2026; Plows et al., 2018).

Perubahan metabolisme selama kehamilan berlangsung secara bertahap. Pada trimester pertama, sensitivitas insulin relatif masih baik sehingga penyimpanan energi dalam bentuk lemak meningkat untuk memenuhi kebutuhan metabolik pada akhir kehamilan. Memasuki trimester kedua dan ketiga, plasenta menghasilkan berbagai hormon yang memiliki efek diabetogenik, seperti *human placental lactogen* (hPL), *placental growth hormone* (PGH), progesteron, estrogen, kortisol, dan prolaktin. Hormon-hormon tersebut menurunkan sensitivitas jaringan terhadap insulin sehingga terjadi peningkatan resistensi insulin sebesar sekitar 50–60% dibandingkan sebelum kehamilan. Adaptasi fisiologis ini menyebabkan lebih banyak glukosa tersedia dalam sirkulasi maternal untuk ditransfer kepada janin melalui plasenta (McIntyre et al., 2019; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024).

Resistensi insulin pada DMG terjadi terutama pada jaringan otot rangka, hati, dan jaringan adiposa. Pada otot rangka, kemampuan insulin dalam meningkatkan ambilan glukosa melalui translokasi *glucose transporter type 4* (GLUT-4) mengalami penurunan sehingga penggunaan glukosa oleh sel berkurang. Di hati, insulin tidak lagi mampu menghambat produksi glukosa secara efektif sehingga glukoneogenesis dan glikogenolisis meningkat. Sementara itu, pada jaringan adiposa terjadi peningkatan lipolisis yang menghasilkan asam lemak bebas (*free fatty acids*) dalam jumlah besar. Asam lemak bebas tersebut semakin memperburuk resistensi insulin melalui gangguan jalur transduksi sinyal insulin dan meningkatkan produksi glukosa oleh hati (Plows et al., 2018; ADA, 2026).

Selain resistensi insulin, disfungsi sel β pankreas merupakan komponen utama dalam patogenesis DMG. Pada kehamilan normal, sel β mengalami hipertrofi, hiperplasia, dan peningkatan sekresi insulin sebagai respons terhadap meningkatnya kebutuhan metabolik. Namun, pada wanita yang mengalami DMG, kapasitas adaptasi tersebut tidak mencukupi sehingga produksi insulin menjadi relatif tidak adekuat dibandingkan derajat resistensi insulin yang terjadi. Disfungsi ini dipengaruhi oleh faktor genetik, stres oksidatif, glukotoksisitas, lipotoksisitas, serta inflamasi kronis derajat rendah yang menyebabkan penurunan fungsi dan viabilitas sel β pankreas (McIntyre et al., 2019; Buchanan & Xiang, 2005).

Proses inflamasi kronis berperan penting dalam perkembangan DMG. Jaringan adiposa pada wanita dengan obesitas menghasilkan berbagai sitokin proinflamasi, seperti *tumor necrosis*

factor-alpha (TNF-α), interleukin-6 (IL-6), dan leptin, sedangkan produksi adiponektin yang bersifat meningkatkan sensitivitas insulin mengalami penurunan. Ketidakseimbangan adipokin tersebut menghambat fosforilasi reseptor insulin sehingga respons jaringan terhadap insulin semakin menurun. Selain itu, stres oksidatif akibat peningkatan pembentukan *reactive oxygen species* (ROS) turut memperburuk disfungsi endotel dan fungsi sel β pankreas, sehingga hiperglikemia menjadi semakin berat (Plows et al., 2018; Catalano & Shankar, 2017).

Hiperglikemia maternal menyebabkan peningkatan transfer glukosa melalui plasenta kepada janin. Karena insulin maternal tidak dapat melewati plasenta, pankreas janin merespons peningkatan glukosa dengan meningkatkan sekresi insulin. Hiperinsulinemia janin berfungsi sebagai hormon pertumbuhan yang merangsang pembentukan jaringan lemak, sintesis protein, dan pertumbuhan organ sehingga meningkatkan risiko makrosomia. Setelah bayi lahir, pasokan glukosa dari ibu terputus secara tiba-tiba, sedangkan kadar insulin bayi masih tinggi sehingga meningkatkan risiko hipoglikemia neonatal. Selain itu, paparan hiperglikemia intrauterin juga dikaitkan dengan peningkatan risiko obesitas, intoleransi glukosa, dan diabetes melitus tipe 2 pada anak di kemudian hari (ADA, 2026; McIntyre et al., 2019).

Meskipun kadar glukosa darah pada sebagian besar wanita kembali normal setelah persalinan akibat hilangnya pengaruh hormon plasenta, gangguan metabolisme yang mendasari sering kali tetap menetap. Wanita dengan riwayat DMG memiliki risiko sekitar 7–10 kali lebih tinggi mengalami diabetes melitus tipe 2 dibandingkan wanita tanpa riwayat DMG. Oleh karena itu, DMG dipandang sebagai indikator awal adanya disfungsi metabolik yang memerlukan pemantauan jangka panjang, perubahan gaya hidup, dan skrining glukosa secara berkala setelah persalinan untuk mencegah perkembangan diabetes melitus di masa mendatang (ADA, 2026; Vounzoulaki et al., 2020).

E. Diagnosis Diabetes Melitus Gestasional

Diagnosis Diabetes Melitus Gestasional (DMG) bertujuan untuk mengidentifikasi hiperglikemia yang pertama kali dikenali pada masa kehamilan sehingga dapat dilakukan intervensi sedini mungkin untuk mencegah komplikasi maternal maupun neonatal. Sebagian besar ibu hamil dengan DMG tidak menunjukkan gejala klinis yang khas, sehingga diagnosis sangat bergantung pada skrining laboratorium. Organisasi profesi internasional merekomendasikan agar setiap ibu hamil menjalani penilaian risiko pada kunjungan antenatal pertama, kemudian dilakukan pemeriksaan glukosa darah sesuai faktor risiko dan usia kehamilan (American Diabetes Association [ADA], 2026; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024).

Pada kunjungan antenatal pertama, wanita hamil yang memiliki faktor risiko tinggi, seperti obesitas, riwayat DMG pada kehamilan sebelumnya, riwayat diabetes melitus dalam keluarga, sindrom ovarium polikistik (*polycystic ovary syndrome*/PCOS), atau riwayat prediabetes, dianjurkan menjalani pemeriksaan glukosa darah untuk menyingkirkan diabetes yang telah ada sebelum kehamilan (*overt diabetes*). Diagnosis diabetes pada awal kehamilan ditegakkan apabila memenuhi kriteria diabetes pada populasi umum, yaitu glukosa plasma puasa ≥126 mg/dL, glukosa plasma sewaktu ≥200 mg/dL disertai gejala klasik, kadar HbA1c ≥6,5%, atau glukosa plasma 2 jam setelah *oral glucose tolerance test* (OGTT) ≥200 mg/dL (ADA, 2026; World Health Organization [WHO], 2023).

Apabila diabetes belum terdiagnosis pada awal kehamilan, maka seluruh ibu hamil dianjurkan menjalani skrining DMG pada usia kehamilan 24–28 minggu, yaitu saat resistensi insulin akibat hormon plasenta mencapai puncaknya. Dua pendekatan diagnosis yang paling banyak digunakan adalah metode satu langkah (one-step approach) dan dua langkah (two-step approach). Pemilihan metode bergantung pada rekomendasi organisasi profesi, kebijakan nasional, serta ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (ADA, 2026; ACOG, 2024).

Pendekatan satu langkah (one-step approach) direkomendasikan oleh International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), WHO, dan banyak negara di Asia. Pemeriksaan dilakukan menggunakan Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) 75 gram setelah puasa minimal 8 jam. Diagnosis DMG ditegakkan apabila satu atau lebih hasil pemeriksaan memenuhi nilai ambang berikut: glukosa plasma puasa ≥92 mg/dL (5,1 mmol/L), glukosa 1 jam ≥180 mg/dL (10,0 mmol/L), atau glukosa 2 jam ≥153 mg/dL (8,5 mmol/L). Pendekatan ini memiliki sensitivitas yang tinggi sehingga mampu mendeteksi lebih banyak kasus DMG dibandingkan metode dua langkah (WHO, 2023; ADA, 2026).

Pendekatan dua langkah (two-step approach) masih banyak digunakan di Amerika Serikat. Tahap pertama dilakukan dengan Glucose Challenge Test (GCT) 50 gram tanpa puasa. Apabila kadar glukosa plasma 1 jam mencapai nilai tertentu (umumnya ≥130–140 mg/dL sesuai kebijakan institusi), pemeriksaan dilanjutkan dengan OGTT 100 gram setelah puasa. Diagnosis DMG ditegakkan apabila dua atau lebih nilai glukosa memenuhi kriteria Carpenter–Coustan atau National Diabetes Data Group (NDDG). Pendekatan ini memiliki spesifisitas yang lebih tinggi, tetapi dapat melewatkan sebagian kasus DMG ringan dibandingkan metode satu langkah (ACOG, 2024; ADA, 2026).

Selain pemeriksaan glukosa darah, HbA1c tidak direkomendasikan sebagai pemeriksaan utama untuk diagnosis DMG pada usia kehamilan 24–28 minggu karena sensitivitasnya lebih

rendah dibandingkan OGTT dan dipengaruhi oleh perubahan fisiologis kehamilan. Namun, pemeriksaan HbA1c bermanfaat pada kunjungan antenatal pertama untuk mengidentifikasi diabetes yang telah ada sebelum kehamilan (*overt diabetes*). Pemeriksaan glukosa plasma puasa dan HbA1c juga digunakan sebagai evaluasi setelah persalinan untuk menilai apakah gangguan metabolisme glukosa telah membaik atau berkembang menjadi diabetes melitus tipe 2 (ADA, 2026; WHO, 2023).

Setelah diagnosis DMG ditegakkan, penilaian klinis harus dilanjutkan dengan evaluasi kondisi ibu dan janin. Pemeriksaan meliputi indeks massa tubuh (IMT), tekanan darah, riwayat obstetri, riwayat penyakit penyerta, serta pemeriksaan laboratorium lain yang diperlukan. Pemantauan pertumbuhan janin melalui ultrasonografi, evaluasi cairan ketuban, dan penilaian kesejahteraan janin juga penting untuk mendeteksi komplikasi seperti makrosomia atau gangguan pertumbuhan intrauterin. Pendekatan multidisiplin yang melibatkan dokter obstetri, dokter penyakit dalam atau endokrinologi, ahli gizi, dan farmasis diperlukan untuk memastikan pengelolaan DMG berjalan secara optimal (ADA, 2026; ACOG, 2024).

Skrining pascapersalinan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari proses diagnosis dan tindak lanjut DMG. Wanita dengan riwayat DMG dianjurkan menjalani OGTT 75 gram pada 4–12 minggu setelah persalinan untuk menilai apakah kadar glukosa telah kembali normal atau telah berkembang menjadi prediabetes maupun diabetes melitus tipe 2. Selanjutnya, pemeriksaan glukosa darah dianjurkan dilakukan setiap 1–3 tahun karena wanita dengan riwayat DMG memiliki risiko yang jauh lebih tinggi mengalami diabetes melitus tipe 2 di kemudian hari. Deteksi dini dan pemantauan jangka panjang menjadi strategi penting dalam menurunkan beban penyakit metabolik pada ibu (ADA, 2026; WHO, 2023).

F. Komplikasi Pada Ibu Dan Janin.

Diabetes Melitus Gestasional (DMG) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang dapat memberikan dampak jangka pendek maupun jangka panjang bagi ibu dan janin apabila tidak terdiagnosis atau tidak terkontrol dengan baik. Hiperglikemia selama kehamilan menyebabkan perubahan metabolik, hormonal, dan vaskular yang berkontribusi terhadap meningkatnya risiko komplikasi obstetri, neonatal, serta penyakit metabolik di kemudian hari. Risiko komplikasi berbanding lurus dengan derajat hiperglikemia, sehingga deteksi dini dan pengendalian kadar glukosa darah menjadi tujuan utama dalam tata laksana DMG (American Diabetes Association [ADA], 2026; McIntyre et al., 2019).

1. Komplikasi pada Ibu

Wanita hamil dengan DMG memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi gestasional dan preeklampsia dibandingkan wanita dengan kehamilan normoglikemik. Hiperglikemia kronis menyebabkan disfungsi endotel, peningkatan stres oksidatif, dan gangguan fungsi pembuluh darah yang berperan dalam terjadinya hipertensi selama kehamilan. Risiko tersebut semakin meningkat apabila DMG disertai obesitas, usia maternal lanjut, atau hipertensi kronis yang telah ada sebelumnya (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024; ADA, 2026).

DMG juga meningkatkan risiko persalinan operatif, terutama persalinan dengan seksio sesarea. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya kejadian makrosomia janin, kegagalan kemajuan persalinan, serta komplikasi obstetri seperti distosia bahu. Selain itu, ibu dengan DMG lebih sering mengalami induksi persalinan karena adanya kekhawatiran terhadap komplikasi maternal maupun fetal apabila kehamilan berlangsung melewati usia aterm (ADA, 2026; Metzger et al., 2008).

Pada masa nifas, sebagian besar wanita mengalami normalisasi kadar glukosa darah setelah plasenta lahir dan hormon diabetogenik menurun. Namun demikian, riwayat DMG merupakan faktor risiko kuat untuk berkembangnya prediabetes, diabetes melitus tipe 2, dan penyakit kardiovaskular pada masa mendatang. Meta-analisis menunjukkan bahwa wanita dengan riwayat DMG memiliki risiko sekitar 7–10 kali lebih tinggi mengalami diabetes melitus tipe 2 dibandingkan wanita tanpa riwayat DMG. Oleh karena itu, skrining glukosa secara berkala dan penerapan pola hidup sehat sangat dianjurkan setelah persalinan (Vounzoulaki et al., 2020; ADA, 2026).

Selain komplikasi metabolik, DMG juga dapat memengaruhi kesehatan reproduksi pada kehamilan berikutnya. Wanita yang pernah mengalami DMG memiliki kemungkinan lebih besar mengalami kekambuhan DMG pada kehamilan selanjutnya, terutama apabila faktor risiko seperti obesitas dan resistensi insulin tidak dikendalikan. Oleh karena itu, konseling prakonsepsi, pengendalian berat badan, dan pemeriksaan glukosa sebelum kehamilan berikutnya menjadi bagian penting dalam upaya pencegahan komplikasi berulang (ADA, 2026; WHO, 2023).

2. Komplikasi pada Janin dan Bayi Baru Lahir

Hiperglikemia maternal menyebabkan peningkatan transfer glukosa melalui plasenta sehingga janin mengalami hiperglikemia. Sebagai respons, pankreas janin

meningkatkan produksi insulin dalam jumlah besar (hiperinsulinemia janin). Insulin berperan sebagai hormon pertumbuhan yang merangsang sintesis lemak dan protein sehingga meningkatkan risiko makrosomia, yaitu berat lahir lebih dari 4.000 gram atau di atas persentil ke-90 sesuai usia kehamilan. Makrosomia meningkatkan risiko trauma lahir, termasuk distosia bahu, fraktur klavikula, dan cedera pleksus brakialis (McIntyre et al., 2019; ADA, 2026).

Bayi yang lahir dari ibu dengan DMG juga berisiko mengalami hipoglikemia neonatal pada beberapa jam pertama setelah lahir. Setelah tali pusat dipotong, pasokan glukosa dari ibu berhenti secara mendadak, sedangkan kadar insulin bayi masih tinggi akibat hiperinsulinemia selama dalam kandungan. Kondisi ini dapat menyebabkan kejang, gangguan pernapasan, gangguan neurologis, bahkan kerusakan otak apabila tidak segera dikenali dan ditangani. Oleh karena itu, pemantauan kadar glukosa darah pada bayi baru lahir dari ibu dengan DMG merupakan bagian penting dari pelayanan neonatal (ADA, 2026; WHO, 2023).

Komplikasi neonatal lainnya meliputi sindrom gangguan pernapasan (respiratory distress syndrome), hiperbilirubinemia, polisitemia, hipokalsemia, dan kebutuhan perawatan di unit perawatan intensif neonatal (NICU). Hiperinsulinemia janin dapat menghambat maturasi paru melalui penurunan produksi surfaktan sehingga meningkatkan risiko gangguan pernapasan meskipun bayi lahir cukup bulan. Selain itu, peningkatan konsumsi oksigen oleh janin akibat hiperinsulinemia dapat memicu hipoksia kronis yang merangsang pembentukan eritrosit secara berlebihan dan menyebabkan polisitemia (ACOG, 2024; McIntyre et al., 2019).

Dampak DMG tidak hanya terjadi pada periode neonatal, tetapi juga berlanjut hingga masa anak-anak dan dewasa. Paparan hiperglikemia intrauterin dikaitkan dengan meningkatnya risiko obesitas, sindrom metabolik, intoleransi glukosa, dan diabetes melitus tipe 2 pada keturunan. Fenomena ini dikenal sebagai fetal programming atau metabolic programming, yaitu perubahan metabolisme jangka panjang akibat lingkungan intrauterin yang tidak normal. Oleh karena itu, pengendalian glukosa selama kehamilan memiliki manfaat tidak hanya bagi ibu, tetapi juga bagi kesehatan anak sepanjang kehidupannya (Plows et al., 2018; McIntyre et al., 2019).

Secara keseluruhan, komplikasi DMG dapat memengaruhi kesehatan ibu maupun janin dalam jangka pendek dan jangka panjang. Pengendalian glikemik yang optimal melalui modifikasi gaya hidup, pemantauan glukosa darah, terapi farmakologis bila

diperlukan, serta pemantauan obstetri dan neonatal secara komprehensif terbukti mampu menurunkan risiko komplikasi tersebut. Oleh karena itu, pendekatan multidisiplin yang melibatkan dokter obstetri, internis atau endokrinolog, ahli gizi, bidan, dan farmasis sangat diperlukan untuk meningkatkan luaran kehamilan pada ibu dengan DMG (ADA, 2026; WHO, 2023).

G. Pola Hidup Sehat Pada Ibu Hamil Dengan DMG.

Penerapan pola hidup sehat merupakan pilar utama dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus Gestasional (DMG). Tujuan utama intervensi gaya hidup adalah mempertahankan kadar glukosa darah dalam batas target, mencegah komplikasi pada ibu dan janin, serta mengurangi kebutuhan terapi farmakologis. Pada sebagian besar ibu hamil dengan DMG, modifikasi pola makan, aktivitas fisik yang sesuai, pemantauan berat badan, dan edukasi berkelanjutan mampu mengendalikan glikemia secara efektif. Oleh karena itu, pedoman internasional merekomendasikan bahwa perubahan gaya hidup harus menjadi terapi lini pertama segera setelah diagnosis DMG ditegakkan (American Diabetes Association [ADA], 2026; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024).

1. Pola Makan Sehat (Medical Nutrition Therapy)

Terapi gizi medis (Medical Nutrition Therapy/MNT) merupakan komponen utama dalam pengelolaan DMG. Pengaturan pola makan bertujuan memenuhi kebutuhan gizi ibu dan janin, menjaga pertambahan berat badan sesuai rekomendasi, serta mengendalikan kadar glukosa darah. Pola makan dianjurkan mengandung karbohidrat kompleks, protein berkualitas tinggi, lemak sehat, vitamin, mineral, serta serat yang cukup. Sebaliknya, konsumsi gula sederhana, minuman berpemanis, makanan ultra-proses, dan lemak jenuh perlu dibatasi karena dapat menyebabkan lonjakan kadar glukosa darah setelah makan (ADA, 2026; Academy of Nutrition and Dietetics, 2023).

Asupan karbohidrat dianjurkan sekitar 40–50% dari total kebutuhan energi harian, dengan penekanan pada sumber karbohidrat yang memiliki indeks glikemik rendah, seperti beras merah, gandum utuh, oat, kacang-kacangan, sayuran, dan buah segar. Konsumsi karbohidrat sebaiknya dibagi menjadi tiga kali makan utama dan dua hingga empat kali makanan selingan untuk menghindari fluktuasi glukosa darah yang berlebihan. Pembagian porsi makan yang teratur juga membantu mencegah hiperglikemia postprandial maupun hipoglikemia akibat interval makan yang terlalu panjang (ADA, 2026; McIntyre et al., 2019).

Kebutuhan energi selama kehamilan harus disesuaikan dengan usia kehamilan, indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil, tingkat aktivitas fisik, dan kondisi klinis ibu. Ibu hamil dengan obesitas tidak dianjurkan menjalani diet sangat rendah kalori karena dapat meningkatkan pembentukan badan keton yang berpotensi mengganggu perkembangan janin. Oleh karena itu, pengaturan energi harus dilakukan secara individual oleh tenaga kesehatan yang kompeten agar kebutuhan nutrisi ibu dan janin tetap terpenuhi (Institute of Medicine, 2009; ADA, 2026).

2. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur merupakan bagian penting dari pola hidup sehat pada ibu hamil dengan DMG. Olahraga meningkatkan sensitivitas insulin, memperbaiki penggunaan glukosa oleh otot, mengurangi resistensi insulin, serta membantu mengontrol berat badan selama kehamilan. Selain itu, aktivitas fisik juga berperan dalam menjaga kebugaran, mengurangi nyeri punggung, memperbaiki kualitas tidur, dan meningkatkan kesehatan mental ibu hamil (ACOG, 2024; ADA, 2026).

Organisasi profesi merekomendasikan ibu hamil tanpa kontraindikasi obstetri melakukan aktivitas fisik intensitas sedang sedikitnya 150 menit per minggu, misalnya berjalan kaki, berenang, bersepeda statis, atau senam hamil. Aktivitas tersebut dapat dibagi menjadi sekitar 30 menit per hari selama lima hari dalam seminggu. Berjalan kaki selama 10–15 menit setelah makan juga terbukti membantu menurunkan kadar glukosa darah postprandial pada ibu dengan DMG (ACOG, 2024; WHO, 2020).

Namun demikian, ibu hamil harus menghindari aktivitas yang berisiko menyebabkan trauma abdomen, jatuh, atau dehidrasi. Aktivitas fisik juga perlu dihentikan apabila muncul tanda bahaya seperti perdarahan pervaginam, kontraksi uterus yang menetap, nyeri dada, sesak napas sebelum aktivitas, atau berkurangnya gerakan janin. Oleh karena itu, konsultasi dengan tenaga kesehatan sebelum memulai program olahraga sangat dianjurkan, terutama pada ibu dengan komplikasi kehamilan (ACOG, 2024; WHO, 2020).

3. Pemantauan Berat Badan

Pengendalian pertambahan berat badan selama kehamilan merupakan bagian penting dalam pengelolaan DMG. Pertambahan berat badan yang berlebihan berkaitan dengan meningkatnya risiko makrosomia, persalinan sesar, preeklampsia, serta retensi berat badan setelah melahirkan. Sebaliknya, pertambahan berat badan yang terlalu

rendah dapat menghambat pertumbuhan janin. Oleh karena itu, target pertambahan berat badan harus disesuaikan dengan IMT sebelum kehamilan sesuai rekomendasi Institute of Medicine (IOM) (Institute of Medicine, 2009; ADA, 2026).

Pemantauan berat badan secara berkala memungkinkan tenaga kesehatan mengevaluasi efektivitas intervensi nutrisi dan aktivitas fisik. Edukasi mengenai pola makan seimbang, ukuran porsi, dan pemilihan bahan makanan yang sehat perlu diberikan secara berulang agar ibu mampu mempertahankan berat badan sesuai target selama kehamilan (Academy of Nutrition and Dietetics, 2023; ADA, 2026).

4. Pemantauan Glukosa Darah

Pemantauan glukosa darah secara mandiri (self-monitoring of blood glucose atau SMBG) merupakan bagian penting dalam keberhasilan pengelolaan DMG. Pemeriksaan biasanya dilakukan pada keadaan puasa dan satu atau dua jam setelah makan sesuai rekomendasi tenaga kesehatan. Hasil pemantauan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas terapi gizi, aktivitas fisik, dan menentukan kebutuhan terapi farmakologis apabila target glikemik belum tercapai (ADA, 2026; McIntyre et al., 2019).

Menurut ADA, target glukosa darah pada ibu dengan DMG adalah glukosa puasa <95 mg/dL, glukosa 1 jam setelah makan <140 mg/dL, atau glukosa 2 jam setelah makan <120 mg/dL. Pencapaian target tersebut terbukti menurunkan risiko makrosomia, hipoglikemia neonatal, dan komplikasi obstetri lainnya (ADA, 2026).

5. Edukasi dan Dukungan Keluarga

Keberhasilan penerapan pola hidup sehat tidak hanya bergantung pada ibu hamil, tetapi juga memerlukan dukungan keluarga dan tenaga kesehatan. Edukasi mengenai DMG meliputi pemahaman tentang penyakit, pengaturan pola makan, aktivitas fisik, pemantauan glukosa darah, kepatuhan terhadap kontrol antenatal, serta pengenalan tanda bahaya selama kehamilan. Pendekatan edukasi yang berpusat pada pasien (patient-centered care) terbukti meningkatkan kepatuhan terhadap terapi dan memperbaiki luaran kehamilan (ADA, 2026; International Diabetes Federation [IDF], 2025).

Keterlibatan suami dan anggota keluarga dalam mendukung perubahan gaya hidup juga berperan penting dalam meningkatkan keberhasilan pengelolaan DMG. Dukungan emosional, penyediaan makanan sehat di rumah, pendampingan saat berolahraga, serta kepatuhan menghadiri kunjungan antenatal dapat membantu ibu mempertahankan perilaku hidup sehat selama kehamilan. Selain itu, kolaborasi antara dokter, bidan, ahli gizi, perawat, dan farmasis

diperlukan untuk memberikan edukasi yang komprehensif dan berkesinambungan (IDF, 2025; WHO, 2020).

H. Peran Tenaga Kesehatan Pada Diabetes Melitus Gestasional

Keberhasilan penatalaksanaan Diabetes Melitus Gestasional (DMG) tidak hanya bergantung pada kepatuhan ibu hamil, tetapi juga memerlukan keterlibatan aktif berbagai tenaga kesehatan melalui pendekatan multidisiplin. DMG merupakan kondisi yang kompleks karena melibatkan aspek obstetri, metabolik, nutrisi, psikososial, dan neonatal. Oleh karena itu, kolaborasi antara dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter penyakit dalam atau endokrinolog, bidan, perawat, ahli gizi, farmasis, serta tenaga kesehatan lainnya sangat diperlukan untuk memastikan pengelolaan yang komprehensif sejak diagnosis hingga masa nifas. Pendekatan multidisiplin terbukti meningkatkan kontrol glikemik, menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal, serta memperbaiki luaran kehamilan (American Diabetes Association [ADA], 2026; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024).

1. Peran Dokter

   Dokter memiliki peran utama dalam menegakkan diagnosis, melakukan penilaian risiko, menentukan strategi terapi, serta memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan. Dokter spesialis obstetri dan ginekologi bertanggung jawab terhadap pemantauan pertumbuhan janin, penentuan waktu dan metode persalinan, serta penanganan komplikasi obstetri. Sementara itu, dokter penyakit dalam atau endokrinolog berperan dalam pengelolaan hiperglikemia, evaluasi kebutuhan insulin atau obat antihiperglikemia yang aman selama kehamilan, serta tindak lanjut metabolik setelah persalinan (ADA, 2026; ACOG, 2024).

2. Peran Bidan

   Bidan merupakan tenaga kesehatan yang berinteraksi paling sering dengan ibu hamil selama pelayanan antenatal. Peran bidan meliputi deteksi dini faktor risiko DMG, pelaksanaan skrining sesuai pedoman, pemantauan tekanan darah, berat badan, tinggi fundus uteri, dan kesejahteraan janin, serta pemberian edukasi mengenai pola hidup sehat. Selain itu, bidan berperan dalam memberikan konseling mengenai tanda bahaya kehamilan, pentingnya kepatuhan terhadap kontrol antenatal, serta persiapan persalinan dan perawatan pascapersalinan. Edukasi yang diberikan secara berkelanjutan oleh bidan terbukti meningkatkan kepatuhan ibu terhadap pengelolaan DMG (World Health Organization [WHO], 2023; International Confederation of Midwives, 2024).

3. Peran Perawat

Perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada ibu dengan DMG, mulai dari pengkajian kondisi fisik, psikologis, dan sosial hingga evaluasi keberhasilan terapi. Perawat juga memberikan edukasi mengenai pemantauan glukosa darah mandiri (*self-monitoring of blood glucose*), teknik penyuntikan insulin apabila diperlukan, pencegahan hipoglikemia, serta perubahan gaya hidup yang mendukung pengendalian glikemik. Selain itu, perawat berfungsi sebagai edukator dan konselor yang membantu ibu meningkatkan kemampuan melakukan perawatan mandiri selama kehamilan (ADA, 2026; WHO, 2023).

4. Peran Ahli Gizi

Ahli gizi memiliki tanggung jawab dalam menyusun terapi gizi medis (Medical Nutrition Therapy/MNT) yang disesuaikan dengan usia kehamilan, indeks massa tubuh sebelum hamil, kebutuhan energi, kondisi metabolik, serta budaya makan ibu. Konseling gizi meliputi pengaturan jumlah dan jenis karbohidrat, pemilihan makanan dengan indeks glikemik rendah, pembagian waktu makan, serta pemantauan pertambahan berat badan sesuai rekomendasi. Intervensi gizi yang tepat terbukti menjadi terapi lini pertama yang efektif dalam mengendalikan kadar glukosa darah pada sebagian besar ibu dengan DMG (Academy of Nutrition and Dietetics, 2023; ADA, 2026).

5. Peran Farmasis

Farmasis memiliki peran penting dalam meningkatkan keamanan, efektivitas, dan kepatuhan terapi pada ibu hamil dengan DMG. Farmasis bertanggung jawab memberikan informasi mengenai penggunaan insulin dan obat antihiperglikemia yang aman selama kehamilan, meliputi cara penyimpanan obat, teknik penyuntikan insulin, waktu pemberian, potensi efek samping, interaksi obat, serta pencegahan dan penanganan hipoglikemia. Selain itu, farmasis melakukan telaah pengobatan (*medication review*) untuk mengidentifikasi potensi *drug-related problems* (DRPs), memberikan edukasi mengenai penggunaan obat yang rasional, serta mendorong kepatuhan terhadap terapi yang telah ditetapkan oleh dokter (International Pharmaceutical Federation [FIP], 2021; ADA, 2026).

Farmasis juga berperan dalam promosi kesehatan melalui edukasi mengenai pola makan sehat, aktivitas fisik, pemantauan glukosa darah mandiri, serta pentingnya pemeriksaan glukosa setelah persalinan. Dalam praktik pelayanan kefarmasian modern,

farmasis bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain untuk melakukan pemantauan terapi, mendokumentasikan hasil intervensi, dan memberikan konseling berbasis pasien (*patient-centered care*). Pendekatan ini terbukti meningkatkan pemahaman pasien terhadap penyakit, memperbaiki kepatuhan terapi, dan mendukung pencapaian target glikemik selama kehamilan (FIP, 2021; ADA, 2026).

6. Peran Keluarga dan Tim Kesehatan

Penatalaksanaan DMG memerlukan keterlibatan keluarga sebagai bagian dari tim pendukung. Suami dan anggota keluarga berperan dalam membantu ibu menerapkan pola makan sehat, melakukan aktivitas fisik secara teratur, mengingatkan jadwal pemeriksaan antenatal, serta memberikan dukungan emosional selama kehamilan. Di sisi lain, koordinasi yang baik antaranggota tim kesehatan melalui komunikasi yang efektif dan pelayanan yang terintegrasi sangat penting untuk memastikan kontinuitas perawatan sejak masa antenatal, persalinan, hingga pascapersalinan. Pendekatan kolaboratif tersebut terbukti mampu menurunkan komplikasi maternal dan neonatal serta meningkatkan kualitas hidup ibu dan bayi (WHO, 2023; ADA, 2026).

Secara keseluruhan, pengelolaan DMG memerlukan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pasien (*patient-centered care*) dengan melibatkan berbagai profesi kesehatan sesuai kompetensinya. Kolaborasi multidisiplin memungkinkan deteksi dini, pengendalian glikemik yang optimal, edukasi yang berkesinambungan, serta pencegahan komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang. Dengan demikian, peran tenaga kesehatan menjadi faktor kunci dalam meningkatkan luaran kehamilan dan kesehatan ibu serta anak di masa mendatang (ADA, 2026; ACOG, 2024).

I. Pencegahan Diabetes Melitus Gestasional (DMG)

Pencahan merupakan salah satu strategi penting untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Mengingat DMG berkaitan erat dengan obesitas, resistensi insulin, pola makan yang kurang sehat, dan kurangnya aktivitas fisik, maka upaya pencegahan difokuskan pada pengendalian faktor risiko sebelum, selama, dan setelah kehamilan. Pendekatan pencegahan yang dilakukan secara komprehensif terbukti dapat menurunkan kejadian DMG, memperbaiki luaran kehamilan, serta mengurangi risiko berkembangnya diabetes melitus tipe 2 pada ibu setelah persalinan (American Diabetes Association [ADA], 2026; McIntyre et al., 2019).

1. Konseling Prakonsepsi

Pencegahan DMG idealnya dimulai sejak sebelum kehamilan melalui konseling prakonsepsi. Wanita usia reproduksi, terutama yang memiliki faktor risiko seperti obesitas, riwayat DMG, sindrom ovarium polikistik (*polycystic ovary syndrome*/PCOS), atau riwayat keluarga diabetes melitus tipe 2, perlu mendapatkan edukasi mengenai pentingnya mencapai berat badan ideal, menerapkan pola makan sehat, meningkatkan aktivitas fisik, dan mengendalikan penyakit penyerta sebelum merencanakan kehamilan. Konseling prakonsepsi juga memberikan kesempatan untuk mengidentifikasi faktor risiko metabolik sejak dini sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum terjadi konsepsi (ADA, 2026; World Health Organization [WHO], 2023).

2. Mempertahankan Berat Badan Ideal

Kelebihan berat badan sebelum maupun selama kehamilan merupakan faktor risiko utama terjadinya DMG. Oleh karena itu, wanita yang merencanakan kehamilan dianjurkan mencapai indeks massa tubuh (IMT) yang sehat melalui pengaturan pola makan dan aktivitas fisik yang teratur. Selama kehamilan, pertambahan berat badan harus disesuaikan dengan rekomendasi berdasarkan IMT sebelum hamil agar tidak meningkatkan risiko hiperglikemia, preeklampsia, makrosomia, maupun persalinan sesar. Pemantauan berat badan secara berkala menjadi bagian penting dalam pelayanan antenatal (Institute of Medicine, 2009; ADA, 2026).

3. Penerapan Pola Makan Sehat

Pola makan yang sehat merupakan intervensi utama dalam pencegahan DMG. Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang yang mengandung karbohidrat kompleks, protein berkualitas, lemak tidak jenuh, vitamin, mineral, serta serat dalam jumlah yang cukup. Konsumsi sayuran, buah-buahan, kacang-kacangan, biji-bijian utuh, dan sumber protein rendah lemak perlu ditingkatkan, sedangkan makanan tinggi gula sederhana, minuman berpemanis, makanan cepat saji, dan makanan ultra-proses sebaiknya dibatasi. Pola makan dengan indeks glikemik rendah telah terbukti membantu menjaga kestabilan kadar glukosa darah dan menurunkan risiko DMG pada wanita yang memiliki faktor risiko tinggi (Academy of Nutrition and Dietetics, 2023; ADA, 2026).

Selain memperhatikan jenis makanan, pengaturan waktu makan juga berperan dalam menjaga kestabilan kadar glukosa darah. Pembagian makanan menjadi tiga kali makan utama disertai dua hingga tiga kali makanan selingan dalam porsi kecil dapat membantu mengurangi lonjakan glukosa darah setelah makan. Edukasi mengenai

ukuran porsi, cara membaca label pangan, dan pemilihan bahan makanan lokal yang sehat perlu diberikan secara berkelanjutan oleh tenaga kesehatan agar ibu mampu menerapkan pola makan yang sesuai selama kehamilan (Academy of Nutrition and Dietetics, 2023; McIntyre et al., 2019).

4. Aktivitas Fisik yang Teratur

Aktivitas fisik selama kehamilan berperan dalam meningkatkan sensitivitas insulin, memperbaiki metabolisme glukosa, mengendalikan pertambahan berat badan, serta menjaga kebugaran ibu. Bagi ibu hamil tanpa kontraindikasi medis maupun obstetri, aktivitas fisik intensitas sedang seperti berjalan kaki, berenang, yoga prenatal, atau senam hamil dianjurkan sedikitnya 150 menit per minggu. Aktivitas tersebut dapat dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi ibu. Selain membantu mencegah DMG, olahraga juga berkontribusi dalam mengurangi nyeri punggung, memperbaiki kualitas tidur, dan meningkatkan kesehatan mental selama kehamilan (World Health Organization, 2020; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024).

5. Skrining dan Deteksi Dini

Deteksi dini merupakan bagian integral dari upaya pencegahan komplikasi DMG. Pada kunjungan antenatal pertama, seluruh ibu hamil perlu dilakukan penilaian faktor risiko untuk menentukan kebutuhan pemeriksaan glukosa darah lebih awal. Selanjutnya, pemeriksaan Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) 75 gram pada usia kehamilan 24–28 minggu direkomendasikan untuk mendeteksi DMG pada ibu yang belum terdiagnosis diabetes sebelumnya. Skrining yang dilakukan tepat waktu memungkinkan intervensi segera sehingga komplikasi maternal dan neonatal dapat dicegah (ADA, 2026; WHO, 2023).

6. Edukasi dan Perubahan Perilaku

Edukasi kesehatan merupakan komponen penting dalam pencegahan DMG karena dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu hamil terhadap gaya hidup sehat. Materi edukasi meliputi pengenalan faktor risiko DMG, pentingnya pola makan seimbang, aktivitas fisik, pemantauan berat badan, kepatuhan terhadap kunjungan antenatal, serta pengenalan tanda dan gejala hiperglikemia. Pendekatan edukasi yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*) dan disesuaikan dengan tingkat pendidikan, budaya, serta kondisi sosial ekonomi ibu terbukti lebih efektif dalam

meningkatkan kepatuhan terhadap perubahan gaya hidup (ADA, 2026; International Diabetes Federation [IDF], 2025).

Keterlibatan keluarga, terutama suami, memiliki peran penting dalam keberhasilan perubahan perilaku. Dukungan keluarga dapat berupa penyediaan makanan sehat di rumah, pendampingan saat berolahraga, mengingatkan jadwal pemeriksaan kehamilan, serta memberikan dukungan emosional selama menjalani kehamilan. Lingkungan keluarga yang mendukung akan meningkatkan motivasi ibu untuk mempertahankan gaya hidup sehat sehingga risiko DMG dapat ditekan (WHO, 2023; IDF, 2025).

7. Pencegahan Setelah Persalinan

Upaya pencegahan tidak berakhir setelah persalinan. Wanita dengan riwayat DMG memiliki risiko tinggi mengalami diabetes melitus tipe 2 pada masa mendatang. Oleh karena itu, pemeriksaan OGTT 75 gram pada 4–12 minggu setelah persalinan dan skrining glukosa secara berkala setiap 1–3 tahun sangat dianjurkan. Selain itu, mempertahankan berat badan ideal, memberikan ASI eksklusif, menerapkan pola makan sehat, dan tetap aktif secara fisik merupakan strategi penting untuk mencegah kekambuhan DMG pada kehamilan berikutnya maupun perkembangan diabetes melitus tipe 2 (ADA, 2026; Vounzoulaki et al., 2020).

Secara keseluruhan, pencegahan DMG memerlukan pendekatan yang berkesinambungan mulai dari periode prakonsepsi, kehamilan, hingga pascapersalinan. Integrasi antara edukasi kesehatan, modifikasi gaya hidup, skrining dini, dan pemantauan berkala melalui pelayanan kesehatan primer terbukti efektif dalam menurunkan kejadian DMG serta memperbaiki kesehatan ibu dan anak dalam jangka panjang. Keberhasilan pencegahan sangat bergantung pada kolaborasi antara ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan dalam menerapkan perilaku hidup sehat secara konsisten (ADA, 2026; WHO, 2023).

Referensi

Academy of Nutrition and Dietetics. (2023). Evidence-based nutrition practice guideline for gestational diabetes mellitus. Academy of Nutrition and Dietetics.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). Practice Bulletin No. 233: Gestational diabetes mellitus. Obstetrics & Gynecology.

American Diabetes Association. (2026). Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care,

49(Suppl. 1).

Buchanan, T. A., & Xiang, A. H. (2005). Gestational diabetes mellitus. The Journal of Clinical Investigation, 115(3), 485–491. https://doi.org/10.1172/JCI24531

Catalano, P. M., & Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: Mechanisms of short-term and long-term adverse consequences for mother and child. BMJ, 356, j1. https://doi.org/10.1136/bmj.j1

Institute of Medicine. (2009). Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. National Academies Press.

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. (2010). International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care, 33(3), 676–682. https://doi.org/10.2337/dc09-1848

International Confederation of Midwives. (2024). Essential competencies for midwifery practice. International Confederation of Midwives.

International Diabetes Federation. (2025). IDF Diabetes Atlas (11th ed.). International Diabetes Federation.

International Pharmaceutical Federation. (2021). FIP Development Goals: Transforming pharmacy globally. International Pharmaceutical Federation.

McIntyre, H. D., Catalano, P., Zhang, C., Desoye, G., Mathiesen, E. R., & Damm, P. (2019). Gestational diabetes mellitus. Nature Reviews Disease Primers, 5(1), 47. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0098-8

Metzger, B. E., Lowe, L. P., Dyer, A. R., et al. (2008). Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. New England Journal of Medicine, 358(19), 1991–2002. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0707943

Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2025). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus di Indonesia 2025. PB PERKENI.

Plows, J. F., Stanley, J. L., Baker, P. N., Reynolds, C. M., & Vickers, M. H. (2018). The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. International Journal of Molecular Sciences, 19(11), 3342. https://doi.org/10.3390/ijms19113342

Vounzoulaki, E., Khunti, K., Abner, S. C., Tan, B. K., Davies, M. J., & Gillies, C. L. (2020).

Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. BMJ, 369, m1361. https://doi.org/10.1136/bmj.m1361

World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. World Health Organization.

ISSN 3063-4946

BAB XVI
Preeklampsia dan Eklamsia: Tantangan Pelayanan Kehamilan Berisiko Tinggi

Ns. Muaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. Mat

A. Preeklampsia dan Eklamsia dalam Konteks Kesehatan Ibu

Preeklampsia dan eklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu di seluruh dunia. World Health Organization (WHO) mencatat bahwa setiap tahun sekitar 300.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, dan sekitar 10–15% di antaranya disebabkan oleh preeklampsia serta eklamsia (WHO, 2023). Angka ini menempatkan preeklampsia sebagai salah satu ancaman kesehatan ibu yang paling signifikan secara global, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah.

Indonesia, sebagai negara dengan jumlah penduduk terbesar keempat di dunia, masih menghadapi tantangan serius dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI). Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) serta data Kementerian Kesehatan RI, preeklampsia dan eklamsia secara konsisten menempati posisi kedua hingga ketiga sebagai penyebab kematian ibu, setelah perdarahan postpartum (Kemenkes RI, 2022). Kondisi ini diperburuk oleh berbagai faktor struktural, mulai dari keterbatasan akses pelayanan kesehatan di daerah terpencil, keterlambatan penanganan medis, hingga lemahnya sistem rujukan antara fasilitas layanan primer dan sekunder.

Target Sustainable Development Goals (SDGs) yang menetapkan angka kematian ibu global di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 menjadi tantangan yang membutuhkan respons sistemik dan komprehensif dari seluruh pemangku kepentingan di bidang kesehatan. Dalam konteks ini, pemahaman mendalam tentang preeklampsia dan eklamsia bukan hanya menjadi kebutuhan akademik, tetapi juga merupakan imperatif klinis yang menentukan kualitas pelayanan kehamilan berisiko tinggi.

Dari perspektif keperawatan maternitas, preeklampsia dan eklamsia bukan sekadar persoalan medis semata, tetapi juga merupakan isu keperawatan yang kompleks dan multidimensi. Perawat dan bidan yang bertugas di fasilitas layanan primer, sekunder, maupun tersier memiliki peran krusial dalam skrining dini, pemantauan ketat, pemberian asuhan holistik, edukasi pasien dan keluarga, serta koordinasi tim interprofesional. Kemampuan mengenali tanda-tanda awal preeklampsia dan merespons secara cepat terhadap kondisi gawat darurat obstetri merupakan kompetensi inti yang harus dikuasai oleh setiap perawat maternitas. Book chapter ini disusun untuk memperkuat landasan akademik dan klinis tenaga keperawatan dalam memahami preeklampsia dan eklamsia secara komprehensif, mulai dari patofisiologi, faktor risiko, tatalaksana, hingga tantangan pelayanan di konteks Indonesia.

B. Patofisiologi dan Manifestasi Klinis Preeklampsia

Pemahaman mendalam tentang patofisiologi preeklampsia merupakan fondasi bagi praktik keperawatan berbasis bukti. Selama lebih dari tiga dekade terakhir, penelitian intensif telah mengungkap mekanisme kompleks yang mendasari kondisi ini, meskipun berbagai pertanyaan ilmiah masih terus dikaji dan disempurnakan. Pendekatan patofisiologis modern menempatkan gangguan plasentasi sebagai titik awal yang memicu serangkaian respons vaskular dan imunologis yang berujung pada disfungsi endotel sistemik.

Pada kehamilan normal, trofoblas invasif bermigrasi ke dalam miometrium dan menginvasi arteri spiralis uterus, mengubahnya dari pembuluh darah bertahanan tinggi menjadi saluran dengan kapasitas aliran yang besar dan resistensi rendah. Proses remodeling arteri spiralis ini memastikan pasokan darah yang adekuat ke unit fetoplasenta sepanjang kehamilan. Pada preeklampsia, invasi trofoblas terganggu secara bermakna, menyebabkan arteri spiralis tetap dalam kondisi bertahanan tinggi, aliran darah intervillous berkurang, dan plasenta mengalami hipoksia serta iskemia progresif (Pijnenborg et al., 2006).

Kondisi iskemia plasenta selanjutnya memicu pelepasan berbagai faktor antiangiogenik ke dalam sirkulasi maternal. Soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) merupakan protein antiangiogenik utama yang dihasilkan plasenta dalam jumlah berlebih pada preeklampsia. sFlt-1 bekerja dengan mengikat dan menetralisir Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) dan Placental Growth Factor (PlGF), dua faktor proangiogenik yang esensial untuk menjaga integritas endotel pembuluh darah (Levine et al., 2004). Deplesi VEGF dan PlGF oleh sFlt-1 yang berlebih mengakibatkan disfungsi endotel yang menyeluruh di seluruh vaskular maternal, yang merupakan titik sentral patofisiologi preeklampsia.

Endotel yang rusak kehilangan kemampuannya untuk menghasilkan vasodilator seperti nitrat oksida (NO) dan prostasiklin, serta mengalami peningkatan produksi vasokonstriktor seperti endotelin-1 dan tromboksan A2. Ketidakseimbangan ini menyebabkan vasokonstriksi sistemik yang berujung pada hipertensi. Selain itu, permeabilitas vaskular meningkat secara abnormal, menimbulkan kebocoran protein dan cairan ke kompartemen interstisial yang secara klinis tampak sebagai edema generalisata dan proteinuria (Redman & Sargent, 2005). Aktivasi trombosit dan sistem koagulasi juga terjadi, menjelaskan kecenderungan trombositopenia dan koagulopati pada kondisi berat.

Manifestasi klinis preeklampsia mencerminkan kerusakan multiorgan akibat disfungsi endotel yang menyeluruh. Berdasarkan American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020), preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi yang muncul setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita dengan tekanan darah sebelumnya normal, disertai minimal salah satu kriteria berikut: proteinuria (≥300 mg/24 jam atau rasio protein/kreatinin ≥0,3), trombositopenia (<100.000/μL), gangguan fungsi ginjal (kreatinin serum >1,1 mg/dL atau peningkatan dua kali nilai baseline), gangguan fungsi hati (enzim transaminase lebih dari dua kali nilai normal atau nyeri epigastrium yang tidak dapat dijelaskan), edema paru baru, atau gejala neurologis baru seperti nyeri kepala hebat yang tidak responsif terhadap analgesik atau gangguan visual.

Preeklampsia dengan fitur berat ditandai oleh tekanan darah sistolik ≥160 mmHg atau diastolik ≥110 mmHg pada dua pengukuran dengan jarak minimal empat jam, atau salah satu kriteria kerusakan organ berat yang telah disebutkan. Eklamsia merupakan manifestasi paling berbahaya, di mana kejang tonik-klonik generalisata terjadi pada wanita dengan preeklampsia tanpa adanya kondisi neurologis lain yang mendasarinya. Sindrom HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count) merupakan varian berat yang ditandai oleh hemolisis mikroangiopati, peningkatan enzim hati, dan trombositopenia berat, yang membawa risiko mortalitas maternal yang signifikan apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat (Sibai, 2004).

C. Faktor Risiko dan Strategi Skrining Kehamilan Berisiko Tinggi

Identifikasi faktor risiko preeklampsia merupakan langkah pertama yang sangat penting dalam upaya pencegahan dan deteksi dini. Pendekatan berbasis risiko memungkinkan tenaga keperawatan untuk memprioritaskan pemantauan pada kelompok ibu hamil yang paling rentan, sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum komplikasi berkembang menjadi mengancam jiwa.

Pemahaman tentang hierarki faktor risiko juga membantu pengambilan keputusan klinis mengenai perlu tidaknya pemberian profilaksis farmakologis.

Faktor risiko preeklampsia dapat dibagi menjadi faktor risiko tinggi dan risiko sedang. Faktor risiko tinggi mencakup riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, kehamilan multifetus, hipertensi kronik, diabetes melitus tipe 1 atau 2, penyakit ginjal kronik, serta penyakit autoimun seperti lupus eritematosus sistemik dan sindrom antifosfolipid. Di antara faktor-faktor ini, riwayat preeklampsia sebelumnya memberikan risiko relatif tertinggi, yakni tujuh hingga delapan kali lipat dibandingkan wanita tanpa riwayat serupa (ACOG, 2020). Faktor risiko sedang meliputi kehamilan pertama (nulliparitas), obesitas dengan indeks massa tubuh ≥30 kg/m², riwayat keluarga preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan kandung, usia ibu ≥35 tahun, kehamilan melalui teknologi reproduksi berbantu, serta interval kehamilan yang panjang lebih dari sepuluh tahun.

Dalam konteks Indonesia, prevalensi faktor risiko preeklampsia dipengaruhi oleh transisi epidemiologis yang tengah berlangsung. Meningkatnya angka obesitas pada wanita usia produktif, peningkatan usia rata-rata pernikahan pertama, serta tingginya prevalensi diabetes melitus tipe 2 berkontribusi pada peningkatan proporsi ibu hamil dengan faktor risiko preeklampsia di populasi umum. Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi obesitas pada perempuan usia 18 tahun ke atas mencapai 21,8%, sementara prevalensi hipertensi pada perempuan mencapai 36,9% (Kemenkes RI, 2018). Kombinasi faktor-faktor ini menciptakan beban risiko yang signifikan bagi sistem pelayanan kehamilan di Indonesia.

Skrining preeklampsia yang komprehensif idealnya dilakukan pada trimester pertama kehamilan. Model skrining trimester pertama yang dikembangkan oleh Fetal Medicine Foundation (FMF) London menggabungkan karakteristik ibu, tekanan arteri rata-rata (MAP), pulsatility index arteri uterina melalui Doppler ultrasonografi, serta kadar serum PlGF. Pendekatan multivariabel ini telah terbukti mampu mendeteksi lebih dari 75% kasus preeklampsia preterm dan hampir 50% kasus preeklampsia aterm, dengan angka positif palsu 10% (Poon et al., 2019). Pada ibu hamil berisiko tinggi yang terdeteksi melalui skrining ini, pemberian aspirin dosis rendah (150 mg/hari) dimulai sebelum usia kehamilan 16 minggu terbukti secara bermakna menurunkan insidens preeklampsia preterm hingga 62% (Rolnik et al., 2017).

Dalam praktik keperawatan sehari-hari, terutama di fasilitas layanan primer yang belum memiliki akses terhadap skrining biomarker canggih, anamnesis faktor risiko yang terstruktur dan pemantauan tekanan darah serta protein urin secara berkala tetap menjadi tulang punggung

deteksi dini. Perawat maternitas perlu memiliki kompetensi untuk melakukan pengukuran tekanan darah yang akurat menggunakan teknik standar, mengenali nilai-nilai yang memerlukan evaluasi lebih lanjut, menginterpretasikan hasil pemeriksaan laboratorium dasar, serta mengkomunikasikan temuan tersebut kepada tenaga medis dengan segera dan tepat. Kompetensi ini bukan sekadar keterampilan teknis, tetapi merupakan kemampuan klinis yang berpotensi menyelamatkan nyawa ibu dan bayi.

D. Tatalaksana Keperawatan pada Preeklampsia dan Eklamsia

Tatalaksana preeklampsia merupakan proses yang kompleks dan menuntut koordinasi yang erat antara perawat, bidan, dokter spesialis obstetri, dan spesialis lainnya. Dari perspektif keperawatan, asuhan yang diberikan harus bersifat proaktif, sistematis, berbasis bukti, dan berorientasi pada keselamatan ibu sekaligus janin. Kemampuan pengkajian yang tajam, pengambilan keputusan klinis yang cepat, dan kolaborasi interprofesional yang efektif merupakan pilar utama tatalaksana keperawatan pada kondisi ini.

Pengkajian keperawatan pada ibu hamil dengan preeklampsia mencakup beberapa dimensi utama yang harus dipantau secara sistematis. Pemantauan tekanan darah dilakukan dengan frekuensi yang disesuaikan dengan derajat keparahan kondisi, yakni setiap empat jam pada preeklampsia tanpa fitur berat dan setiap 15–30 menit pada kondisi akut atau preeklampsia dengan fitur berat. Pemantauan proteinuria dilakukan melalui uji dipstik secara berkala atau pengumpulan urin 24 jam, disertai pemantauan keluaran urin untuk mendeteksi oliguria yang mengindikasikan keterlibatan ginjal. Penilaian neurologis mencakup ada tidaknya nyeri kepala persisten, gangguan penglihatan seperti skotoma atau pandangan kabur, dan hiperrefleksia patela. Pemantauan kesejahteraan janin melalui kardiografi (CTG) dan Doppler arteri umbilikalis dilakukan secara berkala sesuai usia gestasi dan kondisi klinis.

Pengelolaan farmakologis preeklampsia dengan fitur berat mencakup dua komponen utama yang menjadi tanggung jawab kolaboratif perawat dan dokter. Terapi antihipertensi akut bertujuan mencapai tekanan darah sistolik antara 130–155 mmHg dan diastolik antara 80–105 mmHg, untuk mencegah perdarahan intraserebral akibat tekanan yang terlalu tinggi tanpa menyebabkan hipoperfusi plasenta. Lini pertama yang direkomendasikan adalah labetalol intravena, nifedipin oral lepas cepat, atau hidralazin intravena, tergantung pada ketersediaan obat dan kondisi klinis pasien (ACOG, 2020). Perawat berperan penting dalam mempersiapkan, memberikan, dan memantau respons terhadap terapi antihipertensi ini, termasuk mengenali tanda-tanda hipoperfusi uterus yang dapat berdampak pada kesejahteraan janin.

Magnesium sulfat (MgSO4) merupakan agen pilihan utama untuk profilaksis dan terapi kejang eklamsia. Regimen Zuspan atau Pritchard umumnya digunakan dalam praktik klinis, dengan masing-masing memiliki cara pemberian dan dosis yang berbeda. Pemantauan tanda-tanda toksisitas magnesium merupakan kewajiban keperawatan yang tidak dapat diabaikan, meliputi pemantauan refleks patela (yang harus tetap ada), frekuensi pernapasan (harus ≥12 kali per menit), dan keluaran urin (harus ≥25 mL per jam). Kalsium glukonat 10% sebagai antidotum harus selalu tersedia di samping tempat tidur pasien, siap diberikan intravena apabila tanda-tanda toksisitas muncul (Magee et al., 2014). Perawat yang menangani ibu dengan terapi MgSO4 dituntut untuk memiliki pengetahuan mendalam tentang farmakokinetik obat, teknik pemberian yang aman, dan protokol pemantauan yang ketat.

Keputusan tatalaksana definitif pada preeklampsia adalah persalinan, karena terminasi kehamilan merupakan satu-satunya cara untuk mengatasi penyakit secara kausal. Pertimbangan usia gestasi, kematangan paru janin, serta kondisi klinis ibu menentukan waktu dan cara persalinan yang paling tepat. Pada preeklampsia dengan fitur berat di usia gestasi ≥34 minggu, persalinan segera umumnya diindikasikan. Pada usia gestasi lebih muda, pendekatan ekspektatif terawasi dapat dipertimbangkan di fasilitas dengan kapasitas perawatan intensif yang memadai. Peran keperawatan dalam persiapan persalinan meliputi edukasi ibu dan keluarga, pemantauan intrapartum yang ketat, serta penanganan kegawatdaruratan secara cepat dan terkoordinasi. Pasca persalinan, risiko eklamsia dan perburukan tekanan darah masih dapat terjadi hingga 48–72 jam, sehingga pemantauan ketat di ruang perawatan intensif atau high dependency unit (HDU) dengan rasio perawat-pasien yang memadai tetap menjadi standar asuhan (Magee et al., 2014).

E. Tantangan Pelayanan Kehamilan Berisiko Tinggi di Indonesia

Meskipun pengetahuan ilmiah tentang preeklampsia dan eklamsia terus berkembang pesat, kesenjangan antara kemajuan klinis dan realitas pelayanan di lapangan masih menjadi masalah yang signifikan di Indonesia. Berbagai tantangan struktural, sistemik, dan sumber daya manusia perlu diidentifikasi dan ditangani secara komprehensif untuk menurunkan angka kematian ibu akibat preeklampsia secara bermakna dan berkelanjutan.

Keterlambatan penanganan merupakan salah satu faktor determinan utama kematian ibu akibat eklamsia di Indonesia. Model "Tiga Terlambat" yang dikemukakan oleh Thaddeus dan Maine (1994) tetap relevan dalam menjelaskan kematian ibu di negara berkembang. Keterlambatan pertama adalah keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, yang sering dipengaruhi oleh rendahnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang

tanda bahaya kehamilan, serta faktor budaya dan ekonomi. Keterlambatan kedua adalah keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan yang memadai, yang diperburuk oleh kondisi geografis Indonesia sebagai negara kepulauan dengan infrastruktur transportasi yang belum merata. Keterlambatan ketiga adalah keterlambatan dalam mendapatkan penanganan yang tepat di fasilitas kesehatan, yang berkaitan dengan ketersediaan tenaga terlatih, peralatan, dan obat-obatan esensial.

Sistem rujukan yang belum optimal juga menjadi tantangan yang sering dihadapi dalam penanganan preeklampsia di Indonesia. Fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas dan klinik bidan sering menghadapi kesulitan dalam merujuk pasien ke fasilitas yang lebih tinggi, akibat keterbatasan transportasi, kurangnya komunikasi yang efektif antara fasilitas, serta ketidakjelasan alur rujukan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan telah memberikan kontribusi positif dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, namun implementasinya masih menghadapi berbagai hambatan di tingkat lapangan, terutama di daerah dengan sumber daya terbatas (Trisnantoro et al., 2020).

Kompetensi dan kapasitas tenaga keperawatan dan kebidanan dalam menangani preeklampsia dan eklamsia masih perlu terus ditingkatkan secara sistematis. Survei kompetensi di beberapa provinsi menunjukkan bahwa sebagian bidan di fasilitas layanan primer belum memiliki keterampilan yang memadai dalam menggunakan MgSO4, memantau tanda-tanda toksisitas, dan mengambil keputusan klinis dalam situasi kegawatdaruratan obstetri (Laksono et al., 2021). Hal ini menggarisbawahi pentingnya pendidikan berkelanjutan, pelatihan kegawatdaruratan obstetri yang terstandarisasi seperti PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) dan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif), serta supervisi klinis yang terstruktur sebagai komponen penting dari strategi penguatan sistem kesehatan.

Dimensi lain yang tidak kalah penting adalah integrasi teknologi informasi dalam pemantauan kehamilan risiko tinggi. Berbagai inovasi telah dicoba di Indonesia, termasuk penggunaan aplikasi mobile health untuk pemantauan tekanan darah mandiri, telemedicine untuk konsultasi jarak jauh antara bidan di puskesmas dengan dokter spesialis di rumah sakit, serta pemanfaatan sistem informasi kesehatan untuk pelacakan ibu hamil berisiko tinggi. Namun demikian, kesenjangan digital antara daerah urban dan rural, keterbatasan konektivitas internet, serta tantangan literasi digital di kalangan ibu hamil dan tenaga kesehatan di beberapa daerah, masih menjadi hambatan implementasi yang perlu diatasi secara sistemis (Prasetyo & Wardani, 2022).

Tantangan lain yang relevan adalah masalah beban kerja tenaga keperawatan dan kebidanan di fasilitas kesehatan Indonesia. Rasio bidan per 1000 kelahiran hidup di beberapa wilayah, khususnya di Indonesia bagian timur, masih jauh dari standar WHO. Tingginya beban kerja ini tidak hanya berpengaruh terhadap kualitas pemantauan kehamilan berisiko tinggi, tetapi juga berdampak pada kesejahteraan tenaga kesehatan dan kualitas asuhan secara keseluruhan. Investasi dalam penguatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, termasuk rekruitmen, distribusi, pelatihan, dan retensi tenaga keperawatan dan kebidanan, merupakan komponen yang tidak dapat diabaikan dalam strategi penurunan angka kematian ibu.

F. Penutup

Preeklampsia dan eklamsia merupakan kondisi klinis yang kompleks dan multidimensi, yang menuntut respons komprehensif dari seluruh komponen sistem kesehatan. Kemajuan signifikan dalam pemahaman patofisiologi, khususnya peran disfungsi plasenta, ketidakseimbangan angiogenik, dan disfungsi endotel, telah membuka peluang baru dalam skrining dini, pencegahan, dan tatalaksana yang lebih efektif. Model skrining trimester pertama berbasis biomarker, pemberian aspirin dosis rendah sebagai profilaksis pada kelompok berisiko tinggi, serta protokol tatalaksana yang terstandarisasi merupakan pencapaian ilmiah yang harus diterjemahkan ke dalam praktik klinis sehari-hari di seluruh fasilitas kesehatan.

Bagi tenaga keperawatan maternitas, penguasaan kompetensi klinis dalam menangani preeklampsia dan eklamsia bukan sekadar kewajiban profesional, tetapi juga merupakan kontribusi nyata terhadap upaya penurunan angka kematian ibu. Kemampuan melakukan pengkajian yang komprehensif, mengenali tanda bahaya secara dini, memberikan asuhan yang aman dan efektif, berkolaborasi secara efektif dengan tim interprofesional, serta mendidik pasien dan keluarga tentang tanda bahaya kehamilan adalah pilar utama praktik keperawatan berbasis bukti dalam konteks kehamilan berisiko tinggi. Kompetensi-kompetensi ini tidak datang secara otomatis, tetapi harus dibangun secara terencana melalui pendidikan, pelatihan, dan pengalaman klinis yang terbimbing.

Tantangan pelayanan preeklampsia di Indonesia memerlukan pendekatan multipronged yang mengintegrasikan penguatan kompetensi tenaga kesehatan, perbaikan sistem rujukan, pemanfaatan teknologi informasi, pemberdayaan masyarakat melalui edukasi kesehatan, serta advokasi kebijakan yang berpihak pada kesehatan ibu. Penelitian operasional yang berakar pada realitas sistem kesehatan Indonesia sangat diperlukan untuk menghasilkan solusi berbasis bukti yang kontekstual dan berkelanjutan. Dengan sinergi antara kemajuan ilmu pengetahuan, kebijakan kesehatan yang responsif, dan praktik klinik yang terus diperkuat, target penurunan

angka kematian ibu akibat preeklampsia dan eklamsia di Indonesia dapat diraih secara bermakna dan berkesinambungan.

Referensi

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstetrics & Gynecology, 135(6), e237–e260. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Riset kesehatan dasar 2018. Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Profil kesehatan Indonesia 2021. Kemenkes RI.

Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Soedirham, O., & Kusuma, D. (2021). Regional disparities of maternal health service coverage in Indonesia. Journal of Public Health Research, 10(1), 1–6. https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2155

Levine, R. J., Maynard, S. E., Qian, C., Lim, K. H., England, L. J., Yu, K. F., & Karumanchi, S. A. (2004). Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. New England Journal of Medicine, 350(7), 672–683. https://doi.org/10.1056/NEJMoa031427

Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., & von Dadelszen, P. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension, 4(2), 105–145. https://doi.org/10.1016/j.preghy.2014.01.003

Mol, B. W. J., Roberts, C. T., Thangaratinam, S., Magee, L. A., de Groot, C. J. M., & Hofmeyr, G. J. (2016). Pre-eclampsia. The Lancet, 387(10022), 999–1011. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00070-7

Pijnenborg, R., Vercruysse, L., & Hanssens, M. (2006). The uterine spiral arteries in human pregnancy: Facts and controversies. Placenta, 27(9–10), 939–958. https://doi.org/10.1016/j.placenta.2005.12.006

Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., Kapur, A., Hadar, E., Divakar, H., & Berghella, V. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 145(S1), 1–33. https://doi.org/10.1002/ijgo.12802

Prasetyo, Y. B., & Wardani, D. A. (2022). Mobile health application for maternal health

monitoring in rural Indonesia: Challenges and opportunities. Journal of Telemedicine and Telecare, 28(5), 324–331. https://doi.org/10.1177/1357633X20942873

Redman, C. W. G., & Sargent, I. L. (2005). Latest advances in understanding preeclampsia. Science, 308(5728), 1592–1594. https://doi.org/10.1126/science.1111726

Rolnik, D. L., Wright, D., Poon, L. C., O'Gorman, N., Syngelaki, A., de Paco Matallana, C., & Nicolaides, K. H. (2017). Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. New England Journal of Medicine, 377(7), 613–622. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1704559

Sibai, B. M. (2004). Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. Obstetrics & Gynecology, 103(5), 981–991. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000126245.26811.75

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. Social Science & Medicine, 38(8), 1091–1110. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7

Trisnantoro, L., Muhawarman, A., Harbianto, P., & Meliala, A. (2020). National health insurance scheme and the healthcare system in Indonesia: A scoping review. Health Policy and Planning, 35(6), 735–744. https://doi.org/10.1093/heapol/czaa027

World Health Organization. (2023). Trends in maternal mortality 2000–2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. World Health Organization.

Uzan, J., Carbonnel, M., Piconne, O., Asmar, R., & Ayoubi, J.-M. (2011). Pre-eclampsia: Pathophysiology, diagnosis, and management. Vascular Health and Risk Management, 7, 467–474. https://doi.org/10.2147/VHRM.S20181

ISSN 3063-4946

BAB XVII

Persalinan Sectio Caesarea: Indikasi, Edukasi, dan Pemulihan Ibu

Yeni Yulistanti, S.Kep, Ns, M.Tr.Kep

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea (SC) atau persalinan sesar merupakan metode persalinan melalui tindakan pembedahan dengan melahirkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus ibu. Dengan demikian, Sectio Caesarea berbeda dari persalinan pervaginam karena proses kelahiran dilakukan melalui akses pembedahan terhadap rahim. Valeii menjelaskan bahwa C-section merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada abdomen dan uterus untuk melahirkan bayi. Tindakan tersebut dapat dilakukan secara terencana maupun dalam keadaan emergensi, terutama ketika persalinan pervaginam berisiko terhadap ibu atau bayi, terjadi komplikasi kehamilan, atau persalinan tidak mengalami kemajuan (Kathi Valeii, 2026). National Institute for Health and Care Excellence(NICE) juga mendeskripsikan caesarean birth sebagai persalinan ketika bayi dilahirkan melalui sayatan bedah pada abdomen dan rahim; tindakan dapat direncanakan sebelumnya ataupun dilakukan segera karena adanya komplikasi selama kehamilan atau persalinan (NICE, 2024).

Dalam praktik obstetri modern, Sectio Caesarea merupakan tindakan bedah mayor yang penggunaannya harus didasarkan pada penilaian klinis terhadap kondisi ibu dan janin. World Health Organization (WHO) menempatkan Sectio Caesarea sebagai intervensi yang dapat menjadi tindakan penyelamatan jiwa ketika persalinan pervaginam menimbulkan risiko bagi ibu atau bayi, tetapi tindakan tersebut juga dapat menimbulkan risiko jangka pendek maupun jangka panjang sehingga penggunaannya tanpa indikasi medis perlu dihindari (WHO, 2021). NICE membedakan tingkat urgensi persalinan

sesar berdasarkan kondisi maternal dan fetal, mulai dari ancaman langsung terhadap kehidupan ibu atau janin sampai tindakan yang waktunya dapat direncanakan (NICE, 2024).

Sectio Caesarea juga perlu dipahami bukan hanya sebagai suatu prosedur untuk melahirkan bayi, tetapi sebagai rangkaian intervensi bedah, anestesi, dan perawatan perioperatif yang mempunyai konsekuensi terhadap pemulihan ibu serta kesehatan bayi. WHO pada 2025 menyebut Sectio Caesarea sebagai salah satu operasi abdomen mayor yang paling sering dilakukan di dunia dan menekankan bahwa prosedur tersebut mencakup tahapan praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif (WHO, 2025). Penelitian Betran et al. menunjukkan bahwa penggunaan Sectio Caesarea terus meningkat di berbagai wilayah dunia, sedangkan kajian Papadopoulou et al. menyoroti adanya hubungan persalinan sesar dengan sejumlah luaran kesehatan maternal dan neonatal sehingga keputusan melakukan SC perlu mempertimbangkan manfaat dan risikonya secara individual (Betran et al., 2021).

Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa Sectio Caesarea merupakan metode persalinan operatif yang dilakukan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk melahirkan bayi, baik secara terencana maupun emergensi, berdasarkan kondisi klinis dan pertimbangan keselamatan ibu dan/atau janin ketika persalinan pervaginam tidak memungkinkan, tidak aman, atau memerlukan intervensi pembedahan. Definisi ini menempatkan SC sebagai tindakan obstetri yang tidak hanya berorientasi pada proses kelahiran, tetapi juga pada keselamatan, pencegahan komplikasi, dan pemulihan ibu serta bayi.

2. Sejarah perkembangan operasi Caesar

Sectio Caesarea merupakan salah satu tindakan pembedahan tertua dalam sejarah kedokteran, dengan catatan mengenai persalinan melalui pembukaan abdomen telah ditemukan dalam berbagai tradisi dan dokumen sejarah sejak masa lampau. Namun, bukti sejarah menunjukkan bahwa pada zaman kuno tindakan ini umumnya dilakukan pada perempuan yang telah meninggal atau berada dalam kondisi menjelang kematian, terutama dengan tujuan menyelamatkan janin atau memisahkan janin dari tubuh ibu. Karena keterbatasan pengetahuan anatomi, teknik pembedahan, pengendalian perdarahan, anestesi, dan pencegahan infeksi, Sectio Caesarea pada masa tersebut hampir tidak memberikan peluang keselamatan bagi ibu. Istilah caesarean sendiri juga memiliki sejarah yang kompleks dan tidak dapat secara pasti dikaitkan dengan kelahiran

Julius Caesar; salah satu penjelasan etimologis menghubungkannya dengan kata Latin caedere yang berarti "memotong" (Jauniaux et al., 2026).

Perkembangan penting Sectio Caesarea mulai terjadi pada masa Renaisans dan terutama pada abad ke-18 hingga ke-19. Tujuan tindakan secara bertahap bergeser dari sekadar menyelamatkan janin menjadi upaya menyelamatkan ibu dan janin. Kemajuan ilmu anatomi, teknik operasi, anestesi, asepsis dan antisepsis, transfusi darah, serta teknik penutupan uterus secara signifikan meningkatkan kemungkinan ibu untuk bertahan hidup. Pada awal abad ke-17 telah didokumentasikan tindakan Sectio Caesarea pada perempuan hidup, meskipun komplikasi infeksi masih sering menyebabkan kematian. Perkembangan selanjutnya, termasuk pengenalan anestesi pada abad ke-19 dan perbaikan teknik pembedahan serta penjahitan uterus, menjadi titik penting dalam transformasi Sectio Caesarea menjadi prosedur yang lebih aman (Jauniaux et al., 2026).

Pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20, perubahan teknik insisi uterus menjadi semakin penting. Pengenalan penutupan uterus dan teknik insisi pada segmen bawah uterus membantu mengurangi perdarahan serta komplikasi pascaoperasi. Teknik insisi transversal segmen bawah yang kemudian berkembang menjadi teknik yang dikenal luas saat ini berkontribusi terhadap penurunan morbiditas dan mortalitas maternal. Selanjutnya, penggunaan antibiotik, uterotonika, transfusi darah, anestesi yang lebih aman, serta kemajuan perawatan neonatal semakin meningkatkan keberhasilan persalinan melalui Sectio Caesarea. Perkembangan tersebut menjadikan Sectio Caesarea bukan lagi tindakan "jalan terakhir" yang hampir selalu berisiko fatal, tetapi suatu prosedur obstetri yang dapat dilakukan secara terencana maupun emergensi dengan tujuan utama meningkatkan keselamatan ibu dan bayi (Frampton, 2024).

Memasuki era modern, perkembangan Sectio Caesarea tidak hanya berkaitan dengan teknik pembedahan, tetapi juga dengan sistem pelayanan obstetri secara keseluruhan. Jauniaux et al. menyebutkan bahwa dalam sekitar satu abad terakhir, kemajuan teknik operasi dan anestesi, antibiotik, uterotonika, transfusi darah, serta perawatan neonatal telah mengubah luaran perinatal Sectio Caesarea secara fundamental (Frampton, 2024).

3. Peran SC dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal-neonatal

Sectio Caesarea (SC) merupakan salah satu intervensi obstetri yang telah terbukti berperan penting dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal

maupun neonatal apabila dilakukan berdasarkan indikasi medis yang tepat. Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) menegaskan bahwa persalinan melalui Sectio Caesarea merupakan prosedur yang dapat menyelamatkan nyawa ibu dan bayi ketika komplikasi kehamilan atau persalinan tidak memungkinkan persalinan pervaginam dilakukan secara aman. Pada kondisi seperti perdarahan obstetri, gawat janin, plasenta previa, solusio plasenta, preeklamsia berat, eklampsia, ruptur uteri, maupun kegagalan kemajuan persalinan, tindakan Sectio Caesarea dapat mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat sehingga meningkatkan peluang keselamatan ibu dan bayi (WHO, 2021).

Peran Sectio Caesarea dalam menurunkan morbiditas maternal terutama berkaitan dengan kemampuannya mengurangi risiko komplikasi akibat keterlambatan penanganan obstetri. Pada kasus obstruksi persalinan, disproporsi sefalopelvik, atau fetal distress, tindakan operasi yang dilakukan secara tepat waktu dapat mencegah perdarahan postpartum berat, infeksi, cedera jalan lahir, ruptur uteri, syok, hingga kematian ibu. Selain itu, pada kasus hipertensi berat dalam kehamilan atau perdarahan antepartum, terminasi kehamilan melalui Sectio Caesarea sering kali menjadi pilihan yang paling aman untuk menghentikan proses patologis yang mengancam kehidupan ibu (Betran et al., 2021; NICE, 2024).

Dari aspek neonatal, Sectio Caesarea memberikan manfaat dalam menurunkan risiko asfiksia, trauma lahir, hipoksia, serta kematian neonatal pada kondisi tertentu. Janin yang mengalami gawat janin akut, presentasi abnormal, prolaps tali pusat, atau komplikasi obstetri lainnya dapat segera dilahirkan melalui tindakan operasi sehingga mengurangi waktu paparan terhadap hipoksia intrauterin. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan Sectio Caesarea secara tepat indikasi berkontribusi terhadap penurunan angka kematian perinatal dan meningkatkan luaran neonatal, khususnya pada fasilitas kesehatan yang memiliki sistem pelayanan obstetri emergensi yang memadai (Jauniaux et al., 2026).

B. Indikasi dan Pertimbangan Klinis

Seiring dengan kemajuan ilmu kedokteran, perkembangan teknik pembedahan, anestesi, serta pelayanan obstetri modern, Sectio Caesarea telah mengalami transformasi dari prosedur dengan risiko tinggi menjadi tindakan yang relatif aman apabila dilakukan berdasarkan indikasi medis yang tepat. Meskipun demikian, meningkatnya angka persalinan melalui Sectio Caesarea di berbagai negara menimbulkan tantangan tersendiri, karena tindakan ini tidak hanya

memberikan manfaat dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal-neonatal, tetapi juga memiliki risiko komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang apabila dilakukan tanpa indikasi yang jelas. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai indikasi Sectio Caesarea menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan maternitas yang berbasis bukti (evidence-based practice), berorientasi pada keselamatan pasien, serta berpusat pada kebutuhan ibu, bayi dan keluarga. Adapun indikasi klinis Sectio Caesarea sebagai berikut:

1. Indikasi maternal

Indikasi maternal Sectio Caesarea (SC) adalah kondisi pada ibu yang menyebabkan persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan secara aman atau diperkirakan akan meningkatkan risiko morbiditas maupun mortalitas ibu dan janin sehingga persalinan melalui pembedahan menjadi pilihan yang lebih aman. Penentuan indikasi tersebut harus didasarkan pada evaluasi klinis secara menyeluruh terhadap kondisi maternal, usia kehamilan, kondisi janin, serta mempertimbangkan manfaat dan risiko tindakan (NICE, 2024).

Salah satu indikasi maternal yang paling sering dijumpai adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan, meliputi preeklamsia berat, eklampsia, dan sindrom Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count (HELLP). Pada kondisi tersebut, terminasi kehamilan merupakan terapi definitif untuk mencegah progresivitas penyakit. Apabila kondisi ibu memerlukan persalinan segera, serviks tidak mendukung untuk induksi, atau terdapat tanda perburukan klinis, maka Sectio Caesarea menjadi metode persalinan yang direkomendasikan untuk mengurangi risiko komplikasi maternal maupun neonatal ("National Institute for Health and Care Excellence (NICE)," 2025; Wahyuni & Octiara, 2021).

Perdarahan antepartum juga merupakan indikasi penting dilakukannya Sectio Caesarea. Pada kasus plasenta previa totalis, persalinan pervaginam merupakan kontraindikasi karena berisiko menyebabkan perdarahan masif yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Demikian pula pada beberapa kasus solusio plasenta dengan perdarahan berat atau kondisi maternal yang tidak stabil, persalinan melalui Sectio Caesarea menjadi pilihan untuk mempercepat terminasi kehamilan dan mengurangi risiko syok hemoragik serta kematian maternal (Ayusti Anumillah et al., 2022; Safitri, 2020).

Indikasi maternal lainnya adalah kegagalan kemajuan persalinan (labor dystocia atau failure to progress), yaitu keadaan ketika pembukaan serviks atau penurunan kepala janin tidak berlangsung sesuai dengan kemajuan persalinan normal meskipun kontraksi uterus adekuat. Kondisi ini dapat disebabkan oleh disproporsi sefalopelvik (cephalopelvic disproportion), kelainan bentuk panggul, atau faktor maternal lainnya yang menyebabkan persalinan pervaginam tidak mungkin diselesaikan secara aman. Apabila upaya tata laksana konservatif tidak berhasil, Sectio Caesarea direkomendasikan untuk mencegah komplikasi seperti ruptur uteri, perdarahan postpartum, infeksi, maupun cedera jalan lahir (Amalia & Aslina, 2025; Jauniaux et al., 2026).

Penyakit sistemik maternal juga dapat menjadi indikasi Sectio Caesarea apabila proses persalinan diperkirakan akan memperburuk kondisi ibu. Penyakit jantung dengan gangguan hemodinamik berat, aneurisma aorta, hipertensi pulmonal berat, beberapa kelainan neurologis, serta penyakit respirasi berat merupakan contoh kondisi yang memerlukan pertimbangan khusus dalam menentukan metode persalinan (NICE, 2024).

2. Indikasi fetal

Tujuan utama dilakukannya Sectio Caesarea pada indikasi fetal adalah mempercepat proses kelahiran untuk mencegah hipoksia, trauma lahir, maupun komplikasi lain yang dapat mengancam keselamatan janin. Salah satu indikasi fetal yang paling sering menjadi alasan dilakukannya Sectio Caesarea adalah gawat janin (fetal compromise atau fetal distress). Kondisi ini ditandai oleh adanya bukti bahwa janin mengalami hipoksia atau gangguan oksigenasi yang dapat menyebabkan asidosis metabolik dan meningkatkan risiko morbiditas maupun kematian neonatal apabila persalinan tidak segera diselesaikan. Penilaian gawat janin dilakukan berdasarkan interpretasi denyut jantung janin melalui cardiotocography (CTG), pemeriksaan klinis, serta kondisi obstetri secara keseluruhan. NICE menekankan bahwa keputusan melakukan Sectio Caesarea pada kasus gawat janin harus mempertimbangkan gambaran CTG, faktor risiko maternal, serta kemungkinan keberhasilan persalinan pervaginam dalam waktu yang aman (NICE, 2024).

Presentasi dan letak janin abnormal juga merupakan indikasi penting Sectio Caesarea. Presentasi bokong (breech presentation) pada kehamilan tunggal aterm, terutama apabila tidak memenuhi syarat untuk persalinan pervaginam atau ibu memilih persalinan sesar setelah mendapatkan konseling, umumnya direkomendasikan untuk

dilakukan Sectio Caesarea. Selain itu, presentasi lintang (transverse lie) maupun presentasi oblik (oblique lie) merupakan kontraindikasi persalinan pervaginam karena tidak memungkinkan janin melewati jalan lahir secara normal, sehingga persalinan harus dilakukan melalui Sectio Caesarea (Fernández-Carrasco et al., 2022).

Kehamilan ganda juga dapat menjadi indikasi fetal untuk dilakukan Sectio Caesarea pada kondisi tertentu.Kelainan kongenital tertentu pada janin juga merupakan indikasi Sectio Caesarea apabila persalinan pervaginam diperkirakan meningkatkan risiko cedera atau memperburuk kondisi bayi. Beberapa contoh meliputi hidrosefalus berat, meningomielokel besar, teratoma sakrokoksigeal berukuran besar, omfalokel raksasa, serta kelainan lain yang dapat menyebabkan distosia atau trauma selama persalinan (NICE, 2024).

Makrosomia janin dapat menjadi pertimbangan untuk melakukan Sectio Caesarea, terutama pada ibu dengan diabetes melitus. Williams Obstetrics menyebutkan bahwa Sectio Caesarea dapat dipertimbangkan apabila estimasi berat janin mencapai ≥5.000 gram pada ibu tanpa diabetes atau ≥4.500 gram pada ibu dengan diabetes karena meningkatnya risiko distosia bahu (shoulder dystocia), trauma pleksus brakialis, fraktur klavikula, serta komplikasi neonatal lainnya (Fernández-Carrasco et al., 2022).

3. Indikasi plasenta dan tali pusat

Prolaps tali pusat (umbilical cord prolapse) merupakan indikasi tali pusat yang paling sering memerlukan Sectio Caesarea emergensi. Kondisi ini terjadi ketika tali pusat turun melewati bagian terbawah janin setelah ketuban pecah sehingga tali pusat tertekan di antara bagian presentasi janin dan panggul ibu. Penekanan tersebut dapat menyebabkan penurunan atau terhentinya aliran darah umbilikalis yang berakibat pada hipoksia janin dalam waktu singkat. Oleh karena itu, apabila janin masih hidup dan persalinan pervaginam tidak dapat segera diselesaikan, Sectio Caesarea harus dilakukan sesegera mungkin sebagai tindakan penyelamatan janin (NICE, 2024).

4. Indikasi emergensi dan elektif

NICE mengelompokkan Sectio Caesarea berdasarkan urgensi klinis menjadi empat kategori, mulai dari keadaan yang mengancam keselamatan ibu atau janin hingga tindakan yang dapat dijadwalkan sesuai kondisi klinis. Sectio Caesarea elektif adalah tindakan operasi yang direncanakan sebelum onset persalinan berdasarkan indikasi medis maupun pertimbangan klinis tertentu. Persalinan sesar elektif memberikan

kesempatan untuk melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi ibu dan janin, mempersiapkan tindakan anestesi, melakukan konseling kepada ibu dan keluarga, serta mengoptimalkan kondisi maternal sebelum operasi. NICE merekomendasikan bahwa Sectio Caesarea elektif pada kehamilan tanpa komplikasi umumnya dijadwalkan setelah usia kehamilan 39 minggu untuk menurunkan risiko gangguan respirasi neonatal tanpa meningkatkan risiko maternal. Indikasi Sectio Caesarea elektif meliputi plasenta previa mayor, vasa previa, riwayat insisi uterus klasik, riwayat ruptur uteri, kehamilan kembar monokorionik monoamnionik, presentasi lintang yang menetap, serta kondisi maternal tertentu seperti penyakit jantung berat atau kelainan medis lain yang tidak memungkinkan persalinan pervaginam(NICE, 2024).

Sectio Caesarea emergensi adalah tindakan operasi yang dilakukan segera karena terdapat kondisi akut yang mengancam keselamatan ibu, janin, atau keduanya sehingga persalinan harus segera diselesaikan. Berbeda dengan Sectio Caesarea elektif, tindakan emergensi dilakukan dalam waktu sesingkat mungkin dengan tetap memperhatikan keselamatan pasien dan prinsip pelayanan obstetri yang berkualitas. Indikasi Sectio Caesarea emergensi meliputi gawat janin (fetal distress), kegagalan kemajuan persalinan (labor dystocia), prolaps tali pusat, solusio plasenta, ruptur uteri, perdarahan obstetri berat, eklampsia, serta kondisi maternal yang mengalami perburukan mendadak selama proses persalinan . Pada keadaan tersebut, keterlambatan tindakan dapat menyebabkan hipoksia janin, asidosis metabolik, perdarahan masif, syok, kegagalan multiorgan, hingga kematian ibu maupun bayi (Darnal & Dangal, 2020).

C. Persiapan Ibu Sebelum Sectio Caesarea

1. Pemeriksaan fisik dan laboratorium

Evaluasi praoperatif diawali dengan anamnesis menyeluruh mengenai riwayat obstetri, penyakit penyerta, riwayat operasi sebelumnya, alergi obat, penggunaan obat-obatan, serta riwayat anestesi. Pemeriksaan fisik meliputi penilaian tanda vital, status kardiovaskular dan respirasi, indeks massa tubuh, pemeriksaan obstetri, serta penilaian kesejahteraan janin. Pemeriksaan laboratorium yang direkomendasikan meliputi hemoglobin atau darah lengkap, golongan darah dan rhesus, pemeriksaan pencocokan silang (crossmatch) bila diperkirakan terdapat risiko perdarahan, serta pemeriksaan tambahan seperti fungsi koagulasi, fungsi ginjal, atau glukosa darah sesuai indikasi klinis (Prabawati, n.d.). Di Indonesia, evaluasi praoperatif yang komprehensif terbukti

berkontribusi dalam menurunkan komplikasi perioperatif dan membantu menentukan kesiapan pasien menjalani operasi sesar.

2. Persiapan anestesi

Setiap ibu yang akan menjalani SC memerlukan asesmen pra-anestesi untuk menentukan teknik anestesi yang paling sesuai. Penilaian meliputi status fisik menurut klasifikasi American Society of Anesthesiologists (ASA), pemeriksaan jalan napas (airway assessment), riwayat alergi, status puasa, penggunaan obat antikoagulan, serta adanya penyakit penyerta seperti hipertensi, penyakit jantung, atau diabetes. Anestesi regional (spinal atau epidural) merupakan pilihan utama pada sebagian besar Sectio Caesarea karena memberikan luaran maternal yang lebih baik dibandingkan anestesi umum, kecuali terdapat kontraindikasi atau kondisi kegawatdaruratan yang memerlukan anestesi umum (Prabawati, n.d.; Wahyuni & Octiara, 2021).

3. Persiapan nutrisi dan puasa

Pengaturan nutrisi sebelum operasi bertujuan mengurangi risiko aspirasi selama anestesi sekaligus mempertahankan status metabolik ibu. Pedoman Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) dan NICE memperbolehkan konsumsi cairan jernih hingga 2 jam sebelum operasi dan makanan ringan hingga 6 jam sebelum tindakan, sedangkan makanan berlemak memerlukan waktu puasa yang lebih lama (NICE, 2024). Pada Sectio Caesarea elektif, pemberian minuman kaya karbohidrat sebelum operasi dapat dipertimbangkan pada ibu tanpa risiko aspirasi untuk mengurangi resistensi insulin pascaoperasi dan mempercepat pemulihan (Wilson et al., 2026). Pada praktik di Indonesia, kepatuhan terhadap protokol puasa praoperatif terbukti berhubungan dengan penurunan komplikasi anestesi dan peningkatan kenyamanan pasien.

4. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi merupakan komponen utama dalam persiapan SC karena infeksi luka operasi dan endometritis merupakan penyebab morbiditas pascaoperasi yang masih sering ditemukan. WHO dan NICE merekomendasikan pemberian antibiotik profilaksis intravena 30–60 menit sebelum insisi kulit, dengan sefalosporin generasi pertama sebagai pilihan utama pada sebagian besar pasien (World Health Organization, 2021). Selain itu, kulit abdomen harus dipersiapkan menggunakan antiseptik berbasis chlorhexidine–alcohol apabila tidak terdapat kontraindikasi, sedangkan pencukuran rambut operasi tidak dilakukan secara rutin dan hanya dilakukan bila benar-benar diperlukan menggunakan electric clipper, bukan pisau

cukur, untuk mengurangi risiko infeksi luka operasi. Penerapan teknik aseptik, kebersihan tangan, serta kepatuhan terhadap Surgical Safety Checklist juga terbukti berperan dalam menurunkan angka infeksi pasca Sectio Caesarea (Trisnawati et al., 2023).

D. Edukasi pada Sectio Caesarea

Edukasi merupakan bagian integral dari pelayanan Sectio Caesarea yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, kesiapan, partisipasi aktif, serta kemampuan ibu dan keluarga dalam menghadapi proses operasi maupun masa pemulihan. Edukasi yang diberikan secara komprehensif terbukti meningkatkan kepuasan pasien, mengurangi kecemasan, memperbaiki pengambilan keputusan (shared decision making), meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan pascaoperasi, dan mempercepat proses pemulihan.

1. Edukasi mengenai indikasi dan prosedur Sectio Caesarea

Sebelum tindakan dilakukan, ibu perlu memperoleh penjelasan mengenai alasan medis dilakukannya Sectio Caesarea, manfaat yang diharapkan, risiko yang mungkin terjadi, alternatif metode persalinan apabila tersedia, serta tahapan prosedur operasi. Informasi harus disampaikan secara jelas, berbasis bukti, dan disesuaikan dengan tingkat pemahaman ibu sehingga memungkinkan ibu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan (informed decision making). NICE menekankan bahwa seluruh perempuan berhak memperoleh informasi yang seimbang mengenai keuntungan dan risiko persalinan pervaginam maupun Sectio Caesarea sebelum menentukan pilihan metode persalinan (NICE, 2024).

2. Edukasi mengenai persiapan sebelum operasi

Ibu perlu diberikan edukasi mengenai persiapan praoperatif, meliputi aturan puasa, pemeriksaan laboratorium, pemasangan infus, pencukuran bila diperlukan, pemberian antibiotik profilaksis, persiapan anestesi, serta proses masuk ke ruang operasi. Selain itu, ibu perlu mengetahui kemungkinan pemasangan kateter urin, pemantauan tanda vital, dan prosedur keselamatan pasien selama operasi. Edukasi praoperatif membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kesiapan psikologis pasien sebelum menjalani tindakan (Wojcieszek et al., 2023).

3. Edukasi mengenai anestesi dan pengendalian nyeri

Ibu perlu memperoleh penjelasan mengenai jenis anestesi yang akan digunakan, manfaat dan risiko masing-masing teknik, sensasi yang mungkin dirasakan selama

operasi, serta pilihan pengendalian nyeri setelah operasi. NICE merekomendasikan agar ibu memperoleh informasi mengenai analgesia pascaoperasi yang aman, termasuk pada ibu yang menyusui, sehingga nyeri dapat dikontrol tanpa mengganggu proses perawatan bayi (Bhal, 2022).

4. Edukasi mengenai mobilisasi dini dan pemulihan

Mobilisasi dini merupakan salah satu komponen penting dalam pemulihan pasca Sectio Caesarea. Ibu perlu diedukasi mengenai pentingnya mulai menggerakkan tungkai, duduk, berdiri, dan berjalan secara bertahap sesuai kondisi klinis untuk mengurangi risiko tromboemboli, mempercepat pemulihan fungsi usus, serta mempercepat penyembuhan. Program Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) menempatkan edukasi pasien dan mobilisasi dini sebagai komponen utama dalam mempercepat pemulihan pascaoperasi (Ginting et al., 2024).

5. Edukasi mengenai perawatan luka operasi

Ibu perlu memperoleh penjelasan mengenai cara menjaga kebersihan luka operasi, waktu mengganti balutan, tanda-tanda infeksi (kemerahan, nyeri yang semakin berat, bengkak, keluar cairan bernanah, atau demam), serta kapan harus segera kembali ke fasilitas kesehatan. Edukasi ini penting untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi dan mempercepat penyembuhan (Yanti, 2018).

6. Edukasi mengenai nutrisi dan aktivitas

Setelah operasi, ibu perlu diedukasi mengenai pentingnya memenuhi kebutuhan nutrisi seimbang, meningkatkan konsumsi cairan, serta mengonsumsi makanan tinggi protein, vitamin, dan mineral untuk mendukung penyembuhan luka. Selain itu, ibu dianjurkan menghindari aktivitas berat, mengangkat beban berlebihan, maupun mengemudi sampai kondisi pulih dan mendapatkan izin dari tenaga kesehatan (Saputri & Ambarika, 2026).

7. Edukasi mengenai menyusui dan perawatan bayi

Sectio Caesarea bukan merupakan hambatan untuk memberikan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) maupun ASI eksklusif apabila kondisi ibu dan bayi stabil. Ibu perlu mendapatkan edukasi mengenai posisi menyusui yang nyaman setelah operasi, teknik perlekatan yang benar, serta pentingnya kontak kulit dengan bayi (skin-to-skin contact) untuk mendukung keberhasilan menyusui dan pembentukan ikatan ibu–bayi (Asmita et al., 2024).

8. Edukasi mengenai tanda bahaya pasca Sectio Caesarea

Sebelum pulang, ibu harus mendapatkan informasi mengenai tanda bahaya yang memerlukan penanganan segera, antara lain perdarahan pervaginam berlebihan, demam, nyeri abdomen yang semakin berat, luka operasi terbuka atau bernanah, sesak napas, nyeri atau bengkak pada tungkai, nyeri dada, gangguan berkemih, maupun penurunan kesadaran. Edukasi ini bertujuan meningkatkan kewaspadaan ibu terhadap komplikasi pascaoperasi sehingga pertolongan dapat diberikan sedini mungkin (Yanti, 2018).

9. Edukasi mengenai kehamilan berikutnya

Pada ibu yang menjalani Sectio Caesarea, tenaga kesehatan perlu memberikan penjelasan mengenai implikasi operasi terhadap kehamilan selanjutnya, termasuk kemungkinan menjalani Vaginal Birth After Caesarean (VBAC) atau Sectio Caesarea berulang, risiko plasenta previa dan placenta accreta spectrum, serta pentingnya perencanaan kehamilan berikutnya. NICE juga merekomendasikan agar ibu, terutama yang menjalani Sectio Caesarea emergensi, memperoleh diskusi dan informasi tertulis mengenai alasan operasi serta pilihan persalinan pada kehamilan berikutnya (NICE, 2024).

E. Pemulihan dan Perawatan Pasca Sectio Caesarea

1. Konsep Pemulihan Pasca Sectio Caesarea

Sectio caesarea (SC) merupakan prosedur pembedahan mayor yang dilakukan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk melahirkan janin. Meskipun prosedur ini mampu menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal maupun neonatal pada indikasi tertentu, ibu yang menjalani SC memerlukan proses pemulihan yang lebih kompleks dibandingkan persalinan pervaginam. Pemulihan pasca SC tidak hanya berfokus pada penyembuhan luka operasi, tetapi juga meliputi pemulihan fungsi fisiologis, psikologis, kemampuan merawat bayi, keberhasilan menyusui, serta pencegahan komplikasi pascaoperasi (Mackeen et al., 2025).

Konsep pemulihan modern saat ini mengacu pada Enhanced Recovery After Cesarean Section (ERACS), yaitu pendekatan multidisiplin berbasis bukti yang bertujuan mempercepat pemulihan pasien melalui optimalisasi manajemen nyeri, mobilisasi dini, pemberian nutrisi lebih awal, pengurangan penggunaan opioid, serta edukasi pasien sejak periode antenatal. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa

implementasi ERACS mampu memperpendek lama rawat inap, mempercepat ambulasi, mengurangi nyeri, meningkatkan kepuasan ibu, dan mempercepat kembalinya aktivitas sehari-hari tanpa meningkatkan angka komplikasi (Lestari et al., 2025).

2. Tujuan Perawatan Pasca Sectio Caesarea

Tujuan utama perawatan post SC adalah mempertahankan stabilitas hemodinamik ibu, mempercepat penyembuhan luka operasi, mengendalikan nyeri secara optimal, mencegah komplikasi seperti infeksi, tromboemboli, perdarahan, dan ileus, mendukung keberhasilan menyusui, meningkatkan kemampuan ibu melakukan perawatan diri dan bayi, mempercepat pemulihan fisik, psikologis, dan sosial (Mackeen et al., 2025).

3. Monitoring Kondisi Ibu

Selama 24 jam pertama, dilakukan pemantauan secara berkala terhadap tekanan darah, frekuensi nadi, respirasi, suhu tubuh, kontraksi uterus, perdarahan pervaginam, produksi urin, tingkat kesadaran, skala nyeri. Pemantauan dini bertujuan mendeteksi komplikasi seperti perdarahan postpartum, hipotensi akibat anestesi spinal, maupun infeksi dini (Mackeen et al., 2025).

4. Manajemen Nyeri

Nyeri merupakan keluhan paling sering dialami ibu setelah operasi sectio caesarea. Meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa nyeri akut pasca SC masih memiliki prevalensi yang tinggi dan dapat menghambat mobilisasi, menyusui, serta meningkatkan risiko nyeri kronis apabila tidak ditangani secara optimal. Pendekatan yang direkomendasikan adalah multimodal analgesia, yaitu kombinasi beberapa metode pengendalian nyeri, antara lain: parasetamol terjadwal, NSAID (ibuprofen atau ketorolak), opioid hanya bila diperlukan, anestesi regional, teknik nonfarmakologis seperti relaksasi, teknik napas dalam, dan skin-to-skin contact (Lestari et al., 2025). Pendekatan multimodal terbukti mampu mengurangi konsumsi opioid serta meningkatkan kualitas pemulihan ibu. Pengendalian nyeri yang optimal memberikan dampak positif terhadap proses pemulihan ibu. Nyeri yang terkontrol dengan baik memungkinkan ibu melakukan mobilisasi dini, meningkatkan keberhasilan menyusui, memperbaiki kualitas istirahat, mengurangi risiko komplikasi pascaoperasi, serta meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan. (Demilew et al., 2024).

5. Mobilisisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan salah satu komponen utama ERACS. Ibu dianjurkan mulai menggerakkan tungkai dalam beberapa jam pertama setelah operasi dan melakukan ambulasi dalam 6–12 jam apabila kondisi stabil.

Mobilisasi dini memberikan berbagai manfaat, antara lain:

a. meningkatkan sirkulasi darah;
b. mencegah tromboemboli;
c. mempercepat fungsi usus;
d. mengurangi kekakuan otot;
e. mempercepat penyembuhan luka;
f. mempercepat pemulihan aktivitas sehari-hari.

Berbagai studi menunjukkan bahwa mobilisasi dini berhubungan dengan lama rawat yang lebih singkat dan kepuasan pasien yang lebih tinggi (Lestari et al., 2025).

6. Nutrisi Pasca Operasi

Praktik lama yang menunda pemberian makan hingga timbul bising usus mulai ditinggalkan. Bukti ilmiah terbaru mendukung pemberian cairan oral dan makanan secara bertahap beberapa jam setelah operasi apabila tidak terdapat kontraindikasi.

Pemberian nutrisi dini membantu:

a. mempercepat motilitas usus;
b. mengurangi risiko ileus;
c. mempercepat penyembuhan jaringan;
d. meningkatkan energi ibu untuk menyusui dan merawat bayi.

Pendekatan ini merupakan bagian integral dari protokol ERACS (Saragih, 2023).

7. Perawatan Luka Operasi

Luka operasi harus dinilai setiap hari dengan memperhatikan: warna luka, adanya kemerahan, edema, secret, nyeri tekan, tanda dehisensi. Ibu juga perlu diberikan edukasi mengenai:

a. menjaga luka tetap bersih dan kering;
b. mencuci tangan sebelum menyentuh luka;
c. mengenali tanda infeksi;

d. menghindari aktivitas berat selama masa penyembuhan.

Sebagian besar luka akan mengalami penyembuhan primer dalam waktu sekitar 2–6 minggu apabila tidak terjadi komplikasi (Mackeen et al., 2025).

Kecukupan protein merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi keberhasilan proses penyembuhan luka pasca sectio caesarea. Ibu yang memiliki asupan protein yang baik cenderung mengalami penyembuhan luka yang lebih cepat dibandingkan ibu dengan asupan protein yang kurang. Protein berperan dalam setiap fase penyembuhan luka, mulai dari fase inflamasi, proliferasi, hingga remodeling. Protein diperlukan untuk pembentukan jaringan granulasi, sintesis kolagen, angiogenesis, proliferasi fibroblas, serta pembentukan jaringan baru. Kekurangan protein dapat menyebabkan penurunan fungsi sistem imun, menghambat pembentukan kolagen, memperlambat kontraksi luka, dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi maupun dehisensi luka (Yanti, 2018).

8. Dukungan Menyusui

Penerapan Inisiasi Menyusu Dini sedini mungkin, pengendalian nyeri pascaoperasi, serta keterlibatan keluarga dalam memberikan dukungan emosional maupun praktis menjadi komponen penting untuk meningkatkan keberhasilan laktasi (Maulina & Afifah, 2023). Dukungan keluarga merupakan faktor penting dalam keberhasilan pemberian kolostrum pada ibu pasca sectio caesarea. Bentuk dukungan yang diberikan meliputi dukungan emosional, seperti memberikan motivasi dan rasa percaya diri kepada ibu; dukungan instrumental, seperti membantu perawatan ibu dan bayi; dukungan informasional, berupa penyampaian informasi mengenai manfaat kolostrum; serta dukungan penghargaan, yaitu memberikan penguatan terhadap keputusan ibu untuk menyusui. Pada ibu yang menjalani sectio caesarea, nyeri pascaoperasi, keterbatasan mobilitas, serta keterlambatan kontak ibu dan bayi sering menjadi hambatan dalam pemberian kolostrum. Oleh karena itu, keterlibatan keluarga, terutama suami, sangat diperlukan untuk membantu ibu mengatasi hambatan tersebut. Penulis menyimpulkan bahwa tenaga kesehatan perlu melibatkan keluarga dalam edukasi laktasi sejak masa antenatal hingga postpartum agar pemberian kolostrum dapat dilakukan secara optimal, sehingga mendukung keberhasilan menyusui dan meningkatkan kesehatan ibu maupun bayi (Astuti et al., 2024).

F. Penutup

Sectio Caesarea merupakan salah satu intervensi obstetri yang berperan penting dalam meningkatkan keselamatan ibu dan bayi ketika persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau memiliki risiko yang lebih besar. Seiring dengan perkembangan ilmu kedokteran, teknik pembedahan, anestesi, serta pelayanan obstetri berbasis bukti, Sectio Caesarea telah berkembang menjadi prosedur yang semakin aman apabila dilakukan berdasarkan indikasi yang tepat. Pemahaman yang komprehensif mengenai definisi, sejarah perkembangan, indikasi maternal, fetal, maupun kegawatdaruratan obstetri, serta persiapan praoperatif yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium, persiapan anestesi, pengaturan nutrisi dan puasa, serta pencegahan infeksi merupakan dasar penting dalam menjamin keberhasilan tindakan dan meminimalkan risiko komplikasi maternal maupun neonatal. Selain itu, edukasi yang diberikan sebelum dan sesudah operasi menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan Sectio Caesarea karena berperan dalam meningkatkan kesiapan ibu, mendukung pengambilan keputusan yang terinformasi, serta mendorong keterlibatan aktif ibu dan keluarga selama proses perawatan dan pemulihan.

Keberhasilan pelayanan Sectio Caesarea tidak hanya diukur dari keberhasilan proses operasi, tetapi juga dari kualitas pemulihan ibu setelah tindakan dilakukan. Pendekatan pemulihan yang komprehensif, meliputi pengendalian nyeri yang optimal, mobilisasi dini, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pencegahan infeksi, dukungan menyusui, pemantauan komplikasi, serta pendampingan psikologis, terbukti berkontribusi terhadap percepatan penyembuhan, peningkatan kualitas hidup ibu, dan keberhasilan adaptasi terhadap peran sebagai orang tua. Oleh karena itu, pelayanan Sectio Caesarea hendaknya dilaksanakan melalui pendekatan multidisiplin yang mengintegrasikan praktik klinis berbasis bukti, komunikasi yang efektif, serta pelayanan yang berpusat pada ibu dan keluarga (*woman- and family-centered care*). Dengan demikian, tujuan utama Sectio Caesarea sebagai upaya menyelamatkan kehidupan sekaligus meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi dapat tercapai secara optimal, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

Referensi

Amalia, S., & Aslina, W. I. (2025). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea. Jurnal Kesehatan Tambusai, 6(2). https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.45124

Asmita, I., Ma'rufi, M., Sudirman, S., & Zamli, Z. (2024). Analisis pelaksanaan inisiasi menyusu dini bayi baru lahir dengan persalinan sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading Kota Palopo. Innovative: Journal of Social Science Research, 4(5), 16396–16404.

Astuti, D., Nasriyah, N., & Wigati, A. (2024). Dukungan Keluarga Terhadap Pemberian Kolostrum Pada Ibu Postpartum Sectio Caesarea. Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan, 15(1), 68–77.

Ayusti Anumillah, R., Dohong, A. A., Bilqis, N., & Endjun, J. J. (2022). Manajemen Plasenta Praevia Dengan Riwayat Perdarahan Antepartum: Sebuah Laporan Kasus Berbasis Bukti. Jurnal Kedokteran Universitas Palangka Raya, 10(1). https://doi.org/10.37304/jkupr.v10i1.4219

Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. BMJ Global Health, 6(6). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671

Bhal, R. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. In World Health Organization.

Darnal, N., & Dangal, G. (2020). Maternal and Fetal Outcome in Emergency versus Elective Caesarean Section. Journal of Nepal Health Research Council, 18(2). https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i2.2093

Demilew, B. C., Zurbachew, N., Getachew, N., Mekete, G., & Lema, D. T. (2024). Prevalence and Associated Factors of Postoperative Acute Pain for Mothers Who Gave Birth With Cesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis. In Pain Management Nursing (Vol. 25, Number 6). https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.05.010

Fernández-Carrasco, F. J., Cristóbal-Cañadas, D., GómezSalgado, J., Vázquez-Lara, J. M., Rodríguez-Díaz, L., & Parrón-Carreño, T. (2022). Maternal and fetal risks of planned vaginal breech delivery vs planned caesarean section for term breech birth: A systematic review and meta-analysis. Journal of Global Health, 12.

https://doi.org/10.7189/JOGH.12.04055

Frampton, S. (2024). Caesarean section: the history of a controversial operation. In The Lancet (Vol. 403, Number 10441). https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01038-9

Ginting, S., Utami, T., & Novryanthi, D. (2024). Pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di Rumah Sakit Siloam Jakarta. Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal, 15(01), 102–109.

Jauniaux, E., Bartels, H. C., Nieto-Calvache, A. J., & Hussein, A. M. (2026). Evolution of modern cesarean delivery: historic perspective and new challenges. In American Journal of Obstetrics and Gynecology (Vol. 233, Number 6). https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.03.008

Kathi Valeii. (2026, January 19). What Is a C-Section (Cesarean Section)? Https://Www.Verywellhealth.Com/c-Section-5202168?Utm_source.

Lestari, M. I., Sari, D., Chandra, S., Purwoko, P., Isngadi, I., & Umar, T. P. (2025). Enhanced recovery after cesarean (ERAC) versus conventional care: An expanded systematic review and meta-analysis of 18,368 subjects. Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology, 41(1). https://doi.org/10.4103/joacp.joacp_339_23

Mackeen, A. D., Sullivan, M. V., Bender, W., Di Mascio, D., & Berghella, V. (2025). Evidence-based cesarean delivery: postoperative care (part 10). In American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM (Vol. 7, Number 1). https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101549

Maulina, R., & Afifah, C. A. N. (2023). Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), Jenis Persalinan Dan Dukungan Keluarga Terhadap Pemberian Asi Eksklusif. Link, 19(2), 81–86.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2025). In The Grants Register 2026. https://doi.org/10.1057/978-1-349-96132-0_5216

NICE. (2024). Caesarean birth: NICE guideline. In National Institute for Health and Care institute (Number NG192).

Prabawati, L. U. H. G. S. (n.d.). Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rsud Buleleng: Study Kasus Deskriptif.

Safitri, M. (2020). Indikasi Persalinan Sectio Caesarea Dan Komplikasi Pasca Persalinan Sectio Caesarea. Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Saputri, P. D., & Ambarika, R. (2026). Peningkatan pengetahuan pasien post Sectio Caesarea melalui edukasi manajemen kesehatan pasca operasi. Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat, 6(1), 134–142.

Saragih, E. P. (2023). Mobilisasi Dini, Asupan Nutrisi dan Personal Hygiene dan Hubungannya dengan Proses Penyembuhan Luka Post Operasi Sectio Caesarea. SIMFISIS: Jurnal Kebidanan Indonesia, 3(1). https://doi.org/10.53801/sjki.v3i1.171

Trisnawati, R. E., Manggul, M. S., & Hamat, V. (2023). Determinan Yang Berhubungan Dengan Kejadian Infeksi Luka Sectio Caesarea. Quality : Jurnal Kesehatan, 17(2). https://doi.org/10.36082/qjk.v17i2.1249

Wahyuni, A., & Octiara, D. (2021). Anestesi Spinal pada Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklampsia Berat: Sebuah Laporan Kasus. Medical Profession Journal of Lampung, 11(1), 106–114.

WHO. (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. 2021.

WHO. (2025). WHO publishes surgical sub-group membership for caesarean section recommendations. Https://Www.Who.Int/News/Item/13-05-2025-Who-Publishes-Surgical-Sub-Group-Membership-for-Caesarean-Section-Recommendations.

Wilson, R. D., Monks, D. T., Sharawi, N., Bamber, J., Panelli, D. M., Sauro, K. M., Shah, P. S., Muraca, G. M., Metcalfe, A., Wood, S. L., Jago, C. A., Daly, S., Blake, L. E. A., Macones, G. A., Caughey, A. B., Sultan, P., & Nelson, G. (2026). Guidelines for antenatal and preoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations (part 1)—2025 update. In American Journal of Obstetrics and Gynecology (Vol. 233, Number 6). https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.01.014

Wojcieszek, A. M., Bonet, M., Portela, A., Althabe, F., Bahl, R., Chowdhary, N., Dua, T., Edmond, K., Gupta, S., Rogers, L. M., Souza, J. P., & Oladapo, O. T. (2023). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum. BMJ Global Health, 8(Suppl 2). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010992

World Health Organization. (2021). WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section. In WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.

Yanti, D. M. (2018). Hubungan Asupan Protein Dengan Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea (SC) di Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu Lampung Tahun 2016. Jurnal Asuhan Ibu Dan Anak, 3(2), 1–9.

ISSN 3063-4946

BAB XVIII

Pencegahan dan Penanganan Perdarahan Postpartum dalam Praktik Maternitas

Ns. Prima Trisna Aji,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

A. Pendahuluan

Perdarahan postpartum (postpartum hemorrhage/PPH) merupakan salah satu komplikasi obstetri yang paling serius dan hingga saat ini masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu di berbagai negara, terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan obstetri yang membutuhkan pengenalan dini, penanganan yang cepat, tepat, dan terkoordinasi untuk mencegah terjadinya syok hipovolemik, kegagalan multiorgan, hingga kematian maternal. Meskipun perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, dan pelayanan obstetri telah mengalami kemajuan yang signifikan, angka kejadian serta dampak perdarahan postpartum masih menjadi tantangan besar bagi sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, pencegahan dan penanganan perdarahan postpartum menjadi salah satu prioritas utama dalam upaya meningkatkan keselamatan ibu selama masa persalinan dan nifas.

Secara klinis, World Health Organization (WHO) mendefinisikan perdarahan postpartum sebagai kehilangan darah sebanyak ≥500 mL setelah persalinan pervaginam atau ≥1.000 mL setelah persalinan melalui seksio sesarea, atau setiap kehilangan darah yang menyebabkan instabilitas hemodinamik dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Namun demikian, perkembangan konsep terkini menekankan bahwa besarnya volume perdarahan tidak selalu mencerminkan tingkat keparahan kondisi pasien. Penilaian klinis terhadap tanda-tanda syok, perubahan status hemodinamik, dan kondisi umum ibu menjadi komponen penting dalam menentukan tingkat kegawatan dan kebutuhan intervensi segera. Pendekatan ini menunjukkan bahwa diagnosis perdarahan postpartum tidak hanya didasarkan pada kuantitas kehilangan darah, tetapi juga mempertimbangkan respons fisiologis ibu terhadap perdarahan.

Secara global, perdarahan postpartum masih menyumbang proporsi terbesar penyebab kematian ibu. Organisasi Kesehatan Dunia melaporkan bahwa sekitar 287.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan pada tahun 2020, dengan sebagian besar kematian terjadi di negara berkembang yang memiliki keterbatasan sumber daya kesehatan. Perdarahan obstetri, khususnya perdarahan postpartum, diperkirakan bertanggung jawab terhadap sekitar 27% kematian maternal di seluruh dunia, menjadikannya penyebab utama kematian ibu yang sebenarnya dapat dicegah melalui deteksi dini, tata laksana yang tepat, serta sistem rujukan obstetri yang efektif. Fakta tersebut menunjukkan bahwa penurunan angka kematian ibu masih menjadi tantangan besar dalam pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs), khususnya target penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Di Indonesia, perdarahan postpartum masih menjadi penyebab dominan kematian ibu bersama hipertensi dalam kehamilan dan infeksi. Berdasarkan berbagai laporan nasional, meskipun terjadi peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan maternal, komplikasi obstetri masih memberikan kontribusi yang besar terhadap tingginya angka kematian ibu. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain keterlambatan mengenali tanda bahaya, keterlambatan pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan, serta keterlambatan memperoleh penanganan yang adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, masih terdapat kesenjangan kualitas pelayanan maternal antarwilayah, terutama di daerah dengan keterbatasan tenaga kesehatan, sarana, dan sistem rujukan. Oleh karena itu, penguatan pelayanan maternitas yang komprehensif menjadi kebutuhan mendesak dalam upaya menurunkan kejadian komplikasi obstetri, termasuk perdarahan postpartum.

Apabila ditinjau pada tingkat regional, variasi angka kejadian perdarahan postpartum dipengaruhi oleh karakteristik demografi, status kesehatan ibu, kualitas pelayanan obstetri, serta kesiapan fasilitas kesehatan dalam menangani kegawatdaruratan maternal. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti anemia selama kehamilan, multiparitas, kehamilan ganda, makrosomia, induksi persalinan, persalinan lama, retensio plasenta, atonia uteri, serta gangguan koagulasi merupakan faktor risiko yang berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian perdarahan postpartum. Oleh sebab itu, identifikasi faktor risiko sejak masa antenatal, pemantauan yang ketat selama proses persalinan, dan kesiapsiagaan tim kesehatan merupakan langkah penting dalam mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat.

Dampak perdarahan postpartum tidak hanya berupa kematian ibu, tetapi juga menimbulkan berbagai konsekuensi klinis, psikologis, sosial, dan ekonomi yang luas. Kehilangan darah dalam jumlah besar dapat menyebabkan syok hipovolemik, gagal ginjal akut, gangguan koagulasi, sindrom kegagalan multiorgan, kebutuhan transfusi darah masif, hingga tindakan histerektomi emergensi yang berdampak pada hilangnya fungsi reproduksi perempuan. Selain itu, ibu yang mengalami perdarahan postpartum sering memerlukan perawatan intensif dengan lama rawat inap yang lebih panjang, sehingga meningkatkan biaya pelayanan kesehatan serta beban ekonomi keluarga. Dari aspek psikososial, pengalaman menghadapi kondisi yang mengancam jiwa dapat menimbulkan kecemasan, stres pascatrauma, gangguan hubungan ibu dan bayi, serta menghambat proses menyusui dan adaptasi selama masa nifas. Dengan demikian, penanganan perdarahan postpartum harus dipandang secara holistik, tidak hanya berorientasi pada penyelamatan nyawa, tetapi juga pada pemulihan fisik, psikologis, dan kualitas hidup ibu.

Dalam konteks pelayanan maternitas, tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam mencegah maupun menangani perdarahan postpartum. Kolaborasi antara dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter anestesi, bidan, perawat maternitas, petugas laboratorium, dan tenaga kesehatan lainnya menjadi faktor penentu keberhasilan penanganan kasus. Di antara berbagai profesi tersebut, perawat maternitas memiliki peran yang sangat penting karena terlibat secara langsung dalam seluruh tahapan pelayanan, mulai dari pengkajian risiko selama kehamilan, pemantauan kondisi ibu selama persalinan, pelaksanaan intervensi keperawatan berbasis bukti, deteksi dini perubahan kondisi klinis, pelaksanaan tindakan kegawatdaruratan sesuai kewenangan, koordinasi tim multidisiplin, hingga edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya serta perawatan selama masa nifas. Perawat maternitas juga berperan sebagai advokat pasien dalam memastikan ibu memperoleh pelayanan yang aman, bermutu, cepat, dan berpusat pada kebutuhan pasien.

Perkembangan praktik keperawatan berbasis bukti (evidence-based nursing practice) semakin memperkuat kontribusi perawat dalam menurunkan angka kejadian perdarahan postpartum. Implementasi Active Management of the Third Stage of Labour (AMTSL), penggunaan uterotonika secara tepat, pengukuran kehilangan darah secara kuantitatif (quantitative blood loss), penerapan Maternal Early Warning System, simulasi kegawatdaruratan obstetri, serta peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan berkelanjutan merupakan strategi yang telah terbukti meningkatkan keselamatan maternal. Selain itu, pemanfaatan teknologi digital, rekam medis elektronik, sistem peringatan dini

berbasis aplikasi, dan telehealth maternitas mulai dikembangkan sebagai inovasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan ibu, khususnya di wilayah dengan keterbatasan sumber daya.

Bab ini disusun untuk memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai konsep, faktor risiko, mekanisme terjadinya, strategi pencegahan, serta penatalaksanaan perdarahan postpartum berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan pedoman klinis terkini. Pembahasan juga menitikberatkan pada implementasi praktik keperawatan maternitas berbasis bukti yang mendukung peningkatan keselamatan pasien, pengurangan angka kematian ibu, serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan maternal. Dengan memahami secara menyeluruh aspek klinis dan keperawatan dalam penanganan perdarahan postpartum, diharapkan tenaga kesehatan, khususnya perawat maternitas, mampu memberikan pelayanan yang profesional, responsif, kolaboratif, dan berorientasi pada keselamatan ibu serta bayi. Bab ini juga diharapkan menjadi referensi ilmiah bagi mahasiswa, dosen, peneliti, dan praktisi kesehatan dalam mengembangkan praktik maternitas yang berkualitas, berlandaskan bukti ilmiah, dan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan nasional maupun internasional.

B. Konsep Dasar Perdarahan Postpartum

B.1 Definisi Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum (postpartum hemorrhage [PPH]) merupakan salah satu komplikasi obstetri yang paling sering menyebabkan kegawatdaruratan maternal dan menjadi penyebab utama kematian ibu di berbagai negara. Kondisi ini ditandai dengan kehilangan darah yang terjadi setelah proses persalinan dan dapat berkembang secara cepat sehingga mengancam kehidupan apabila tidak segera dikenali dan ditangani secara tepat. Perdarahan postpartum tidak hanya berdampak terhadap kondisi fisiologis ibu, tetapi juga dapat memengaruhi keberhasilan proses adaptasi masa nifas, pemberian ASI, kesehatan psikologis ibu, serta kesejahteraan bayi.

Menurut World Health Organization (WHO), perdarahan postpartum didefinisikan sebagai kehilangan darah ≥500 mL setelah persalinan pervaginam atau ≥1.000 mL setelah seksio sesarea dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan. Namun, pedoman klinis terbaru menekankan bahwa diagnosis tidak semata-mata didasarkan pada volume darah yang hilang, melainkan juga mempertimbangkan adanya tanda-tanda instabilitas hemodinamik, seperti hipotensi, takikardia, penurunan kesadaran, oliguria, pucat, serta gejala syok hipovolemik. Oleh karena itu, setiap perdarahan yang menyebabkan gangguan perfusi jaringan harus segera diperlakukan

sebagai keadaan gawat darurat meskipun jumlah darah yang terukur belum mencapai batas definisi klasik.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) memperluas definisi tersebut dengan menyatakan bahwa perdarahan postpartum adalah kehilangan darah kumulatif sebesar ≥1.000 mL atau kehilangan darah yang disertai tanda hipovolemia dalam waktu 24 jam setelah persalinan, tanpa memandang metode persalinan. Pendekatan ini lebih menitikberatkan pada kondisi klinis pasien dibandingkan hanya pada estimasi volume perdarahan. Sejalan dengan itu, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) juga menegaskan pentingnya melakukan pengukuran kehilangan darah secara kuantitatif (quantitative blood loss) untuk meningkatkan akurasi diagnosis dan mempercepat pengambilan keputusan klinis.

Dalam praktik keperawatan maternitas, pemahaman terhadap definisi perdarahan postpartum menjadi dasar penting dalam melakukan pengkajian, deteksi dini, penentuan prioritas tindakan, serta kolaborasi interprofesional. Perawat maternitas harus mampu mengidentifikasi perubahan kondisi ibu secara cepat melalui pemantauan tanda vital, kontraksi uterus, jumlah perdarahan, serta respons fisiologis ibu terhadap kehilangan darah.

B.2 Klasifikasi Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum dapat diklasifikasikan berdasarkan waktu terjadinya menjadi perdarahan postpartum primer dan perdarahan postpartum sekunder.

1. Perdarahan Postpartum Primer (Primary Postpartum Hemorrhage)

Perdarahan postpartum primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan. Jenis ini merupakan bentuk perdarahan postpartum yang paling sering dijumpai dan bertanggung jawab terhadap sebagian besar kematian maternal akibat komplikasi obstetri. Penyebab tersering adalah atonia uteri, yaitu kegagalan uterus berkontraksi secara efektif setelah lahirnya plasenta sehingga pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta tetap terbuka dan menyebabkan perdarahan yang massif.

2. Perdarahan Postpartum Sekunder (Secondary Postpartum Hemorrhage)

Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam hingga 6–12 minggu pascapersalinan. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh retensi jaringan plasenta, subinvolusi uterus, infeksi puerperium (endometritis),

gangguan koagulasi, atau kelainan pembuluh darah uterus. Meskipun frekuensinya lebih rendah dibandingkan perdarahan primer, perdarahan postpartum sekunder tetap memerlukan evaluasi dan penanganan segera karena dapat menyebabkan anemia berat, infeksi sistemik, bahkan syok apabila tidak ditangani secara adekuat.

Selain berdasarkan waktu kejadian, perdarahan postpartum juga dapat diklasifikasikan menurut tingkat keparahan berdasarkan jumlah kehilangan darah, perubahan tanda vital, dan manifestasi klinis. Klasifikasi ini membantu tenaga kesehatan menentukan tingkat kegawatan, kebutuhan resusitasi cairan, transfusi darah, serta intervensi definitif yang diperlukan.

B.3 Epidemiologi Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum merupakan masalah kesehatan masyarakat yang masih menjadi perhatian global. Organisasi Kesehatan Dunia melaporkan bahwa sekitar 14 juta perempuan mengalami perdarahan postpartum setiap tahun, dan lebih dari 70.000 kematian maternal disebabkan oleh komplikasi ini. Sebagian besar kasus terjadi di negara berkembang yang memiliki keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan obstetri esensial, sistem rujukan yang belum optimal, serta kurangnya tenaga kesehatan terlatih.

Perdarahan postpartum diperkirakan berkontribusi terhadap sekitar 27% penyebab kematian ibu di seluruh dunia, menjadikannya penyebab utama mortalitas maternal. Beban terbesar ditemukan di kawasan Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan, di mana akses terhadap pelayanan obstetri emergensi masih terbatas. Tingginya angka kematian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar kasus sebenarnya dapat dicegah melalui identifikasi faktor risiko, pencegahan aktif selama kala III persalinan, serta penatalaksanaan yang cepat dan terstandar.

Di Indonesia, perdarahan postpartum masih menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu bersama hipertensi dalam kehamilan dan infeksi. Meskipun cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terus meningkat, variasi kualitas pelayanan obstetri antarwilayah masih menjadi tantangan. Faktor seperti keterlambatan diagnosis, keterlambatan rujukan, keterbatasan ketersediaan darah, dan kurang optimalnya penerapan protokol penanganan kegawatdaruratan obstetri masih berkontribusi terhadap tingginya morbiditas dan mortalitas maternal.

B.4 Faktor Risiko Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum merupakan kondisi multifaktorial yang dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor maternal, obstetri, dan pelayanan kesehatan. Identifikasi faktor risiko sejak masa antenatal hingga intrapartum merupakan langkah penting dalam pencegahan komplikasi.

Faktor risiko maternal meliputi usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, multiparitas, anemia selama kehamilan, obesitas, hipertensi, diabetes melitus, gangguan koagulasi, serta riwayat perdarahan postpartum pada kehamilan sebelumnya. Kondisi-kondisi tersebut dapat meningkatkan kerentanan ibu terhadap kehilangan darah dalam jumlah besar setelah persalinan.

Faktor obstetri meliputi persalinan lama (prolonged labor), persalinan cepat (precipitate labor), induksi atau augmentasi persalinan, kehamilan ganda, polihidramnion, janin makrosomia, retensio plasenta, plasenta previa, plasenta akreta, solusio plasenta, tindakan ekstraksi vakum atau forsep, serta seksio sesarea. Kondisi tersebut dapat menyebabkan gangguan kontraksi uterus, trauma jalan lahir, maupun gangguan pelepasan plasenta.

Selain faktor ibu dan obstetri, faktor pelayanan kesehatan juga berpengaruh terhadap kejadian perdarahan postpartum, antara lain kurang optimalnya skrining faktor risiko, keterlambatan pengenalan perdarahan, keterlambatan pemberian uterotonika, kurang tersedianya darah untuk transfusi, serta lemahnya koordinasi tim multidisiplin dalam menangani kegawatdaruratan obstetri.

Walaupun demikian, sekitar dua pertiga kasus perdarahan postpartum terjadi pada ibu tanpa faktor risiko yang jelas, sehingga seluruh ibu bersalin harus dianggap berisiko mengalami perdarahan postpartum dan memerlukan pemantauan secara ketat selama kala III dan kala IV persalinan.

B.5 Patofisiologi Perdarahan Postpartum

Setelah plasenta lahir, uterus normal akan berkontraksi secara kuat sehingga serabut otot miometrium menjepit pembuluh darah spiral yang sebelumnya menyuplai plasenta. Mekanisme ini dikenal sebagai "living ligature", yaitu mekanisme fisiologis utama yang menghentikan perdarahan pascapersalinan. Kontraksi uterus yang adekuat menyebabkan kompresi pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat implantasi plasenta berhenti.

Apabila kontraksi uterus tidak terjadi secara optimal, pembuluh darah tetap terbuka sehingga darah mengalir terus-menerus ke rongga uterus dan keluar melalui vagina. Kehilangan darah yang berlangsung cepat menyebabkan penurunan volume intravaskular, penurunan curah jantung, gangguan perfusi jaringan, hipoksia seluler, peningkatan metabolisme anaerob, produksi asam laktat, hingga terjadinya asidosis metabolik.

Jika perdarahan tidak segera dihentikan, tubuh akan memasuki fase syok hipovolemik yang ditandai dengan takikardia, vasokonstriksi perifer, hipotensi, penurunan produksi urin, penurunan kesadaran, dan akhirnya kegagalan multiorgan. Pada kondisi yang lebih berat dapat terjadi Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) akibat aktivasi sistem koagulasi secara masif, sehingga perdarahan menjadi semakin sulit dikendalikan.

Pemahaman mengenai mekanisme patofisiologi tersebut sangat penting bagi tenaga kesehatan karena menentukan prioritas intervensi, yaitu menghentikan sumber perdarahan, mempertahankan perfusi organ vital, mengganti kehilangan volume intravaskular, serta mengoreksi gangguan koagulasi secepat mungkin.

B.6 Etiologi Perdarahan Postpartum (Konsep 4T)

Sebagian besar penyebab perdarahan postpartum dijelaskan melalui konsep 4T, yaitu Tone, Trauma, Tissue, dan Thrombin. Konsep ini menjadi dasar dalam penatalaksanaan klinis karena memudahkan identifikasi penyebab utama perdarahan.

1. Tone (Atonia Uteri)

Atonia uteri merupakan penyebab tersering perdarahan postpartum, mencakup sekitar 70–80% kasus. Kondisi ini terjadi ketika uterus gagal berkontraksi secara efektif setelah lahirnya plasenta sehingga pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta tetap terbuka. Faktor predisposisi meliputi persalinan lama, overdistensi uterus akibat kehamilan ganda atau polihidramnion, penggunaan oksitosin yang berkepanjangan, serta multiparitas.

2. Trauma

Trauma meliputi robekan serviks, vagina, perineum, ruptur uterus, hematoma jalan lahir, maupun cedera akibat tindakan obstetri seperti ekstraksi vakum, forsep, atau seksio sesarea. Pada kondisi ini, uterus dapat berkontraksi dengan baik, tetapi perdarahan tetap berlangsung akibat kerusakan jaringan dan pembuluh darah.

3. Tissue

Kategori tissue mengacu pada adanya jaringan plasenta atau selaput ketuban yang masih tertinggal di dalam kavum uteri. Retensi jaringan menghambat kontraksi uterus secara optimal sehingga menyebabkan perdarahan persisten. Selain retensio plasenta, kelainan implantasi seperti plasenta akreta, inkreta, dan perkreta juga termasuk dalam kategori ini karena menyebabkan pelepasan plasenta menjadi sulit dan meningkatkan risiko perdarahan masif.

4. Thrombin

Kategori thrombin berkaitan dengan gangguan sistem koagulasi, baik yang telah ada sebelum kehamilan maupun yang berkembang akibat komplikasi obstetri, seperti Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), preeklampsia berat, sindrom HELLP, emboli cairan ketuban, maupun penggunaan obat antikoagulan. Meskipun insidensinya lebih rendah dibandingkan penyebab lainnya, gangguan koagulasi sering menyebabkan perdarahan yang sulit dikendalikan dan memerlukan penanganan multidisiplin secara cepat.

Secara keseluruhan, pemahaman yang komprehensif mengenai definisi, klasifikasi, epidemiologi, faktor risiko, patofisiologi, dan etiologi perdarahan postpartum menjadi landasan utama dalam praktik keperawatan maternitas. Penguasaan konsep-konsep tersebut memungkinkan tenaga kesehatan melakukan identifikasi dini, pengambilan keputusan klinis yang tepat, serta penerapan intervensi berbasis bukti untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal akibat perdarahan postpartum.

C. Deteksi Dini Perdarahan Postpartum

Deteksi dini perdarahan postpartum merupakan salah satu strategi paling efektif dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal. Sebagian besar kematian akibat perdarahan postpartum sebenarnya dapat dicegah apabila faktor risiko telah diidentifikasi sejak masa antenatal, perubahan kondisi ibu dikenali sedini mungkin, serta intervensi dilakukan secara cepat dan terkoordinasi. Oleh karena itu, deteksi dini harus menjadi bagian integral dari pelayanan maternitas yang berkesinambungan, dimulai sejak masa kehamilan, selama proses persalinan, hingga periode postpartum. Perawat maternitas memiliki posisi yang sangat strategis dalam melakukan pengkajian, pemantauan, interpretasi kondisi klinis, serta koordinasi penanganan apabila ditemukan tanda-tanda awal perdarahan postpartum.

C.1 Skrining Ibu Berisiko

Skrining faktor risiko merupakan langkah pertama dalam upaya pencegahan dan deteksi dini perdarahan postpartum. Tujuan skrining adalah mengidentifikasi ibu hamil yang memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami perdarahan sehingga tenaga kesehatan dapat menyiapkan rencana persalinan yang aman, sumber daya yang memadai, serta antisipasi penanganan apabila terjadi komplikasi.

Skrining dilakukan sejak pelayanan antenatal (antenatal care) melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, serta evaluasi riwayat obstetri. Beberapa faktor risiko yang perlu mendapat perhatian meliputi usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, multiparitas, riwayat perdarahan postpartum pada kehamilan sebelumnya, anemia selama kehamilan, hipertensi, diabetes melitus, obesitas, gangguan pembekuan darah, kehamilan ganda, polihidramnion, janin makrosomia, plasenta previa, plasenta akreta, serta riwayat operasi uterus atau seksio sesarea sebelumnya.

Selain faktor maternal, kondisi intrapartum juga harus dievaluasi secara terus-menerus karena dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan postpartum. Persalinan lama (prolonged labor), persalinan yang terlalu cepat (precipitate labor), induksi atau augmentasi persalinan menggunakan oksitosin, tindakan ekstraksi vakum atau forsep, retensio plasenta, serta dugaan trauma jalan lahir merupakan kondisi yang memerlukan kewaspadaan tinggi. Oleh sebab itu, skrining risiko tidak bersifat statis, melainkan harus diperbarui secara berkesinambungan sesuai perkembangan kondisi ibu selama proses persalinan.

Meskipun skrining memiliki peran yang sangat penting, berbagai penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kasus perdarahan postpartum juga dapat terjadi pada ibu tanpa faktor risiko yang jelas. Oleh karena itu, seluruh ibu bersalin harus diperlakukan sebagai individu yang berpotensi mengalami perdarahan postpartum dan memerlukan observasi secara sistematis selama kala III dan kala IV persalinan.

C.2 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan komponen utama dalam deteksi dini perdarahan postpartum. Pengkajian dilakukan secara komprehensif untuk memperoleh informasi mengenai kondisi fisiologis, psikologis, dan respons ibu terhadap proses persalinan. Perawat maternitas bertanggung jawab melakukan pengkajian secara

sistematis, akurat, dan berkesinambungan agar setiap perubahan kondisi dapat segera dikenali.

Pengkajian dimulai dengan pengumpulan data subjektif yang meliputi keluhan ibu, riwayat obstetri, riwayat penyakit, penggunaan obat-obatan, riwayat gangguan koagulasi, serta pengalaman perdarahan pada kehamilan sebelumnya. Informasi tersebut menjadi dasar dalam mengidentifikasi faktor predisposisi yang dapat meningkatkan risiko perdarahan.

Selanjutnya dilakukan pengkajian objektif melalui pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, dan saturasi oksigen. Perubahan berupa hipotensi, takikardia, takipnea, penurunan saturasi oksigen, atau perubahan status kesadaran harus segera diwaspadai sebagai indikasi terjadinya hipovolemia.

Pemeriksaan uterus merupakan bagian yang sangat penting dalam pengkajian. Perawat harus menilai tinggi fundus uteri, konsistensi uterus, posisi uterus, serta kemampuan uterus berkontraksi. Uterus yang lunak (boggy uterus) merupakan indikator utama terjadinya atonia uteri yang menjadi penyebab tersering perdarahan postpartum.

Selain itu, dilakukan observasi terhadap jumlah, warna, konsistensi, dan karakteristik lokia. Perdarahan yang berlangsung terus-menerus, terbentuknya bekuan darah dalam jumlah besar, atau meningkatnya jumlah darah secara tiba-tiba harus segera dievaluasi lebih lanjut. Pemeriksaan jalan lahir juga diperlukan untuk mendeteksi kemungkinan robekan serviks, vagina, perineum, maupun hematoma yang tidak tampak secara langsung.

Perawat juga harus memantau keseimbangan cairan melalui pencatatan pemasukan dan pengeluaran cairan (fluid balance), jumlah urin, warna urin, serta tanda-tanda perfusi perifer seperti pengisian kapiler (capillary refill time), suhu ekstremitas, dan warna kulit. Penurunan produksi urin (<30 mL/jam) dapat menjadi indikator awal gangguan perfusi ginjal akibat syok hipovolemik.

Pengkajian laboratorium meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah trombosit, profil koagulasi, kadar fibrinogen, golongan darah, serta pemeriksaan silang serasi (crossmatch) apabila diperkirakan membutuhkan transfusi darah.

C.3 Tanda dan Gejala Klinis

Manifestasi klinis perdarahan postpartum sangat bervariasi, bergantung pada jumlah darah yang hilang, kecepatan perdarahan, kondisi kesehatan ibu sebelum persalinan, serta kemampuan kompensasi fisiologis tubuh.

Pada tahap awal, ibu dapat mengalami perdarahan pervaginam yang lebih banyak daripada normal, uterus terasa lunak, peningkatan frekuensi denyut nadi, serta penurunan tekanan darah ringan. Namun demikian, pada ibu muda yang sehat, mekanisme kompensasi kardiovaskular sering kali masih mampu mempertahankan tekanan darah sehingga hipotensi dapat muncul terlambat. Oleh karena itu, takikardia sering menjadi indikator awal kehilangan darah yang signifikan.

Seiring meningkatnya volume perdarahan, ibu dapat menunjukkan gejala berupa pucat, kulit dingin dan lembap, rasa haus yang berlebihan, pusing, gelisah, kelemahan umum, penurunan kesadaran, takipnea, oliguria, hingga penurunan saturasi oksigen. Pada kondisi yang lebih berat dapat terjadi syok hipovolemik yang ditandai dengan hipotensi berat, nadi sangat cepat dan lemah, penurunan perfusi perifer, gangguan kesadaran, asidosis metabolik, serta kegagalan multiorgan.

Selain manifestasi sistemik, pemeriksaan lokal juga memberikan informasi penting. Uterus yang tidak berkontraksi dengan baik, tinggi fundus yang meningkat, perdarahan aktif melalui vagina, bekuan darah berulang, atau adanya robekan jalan lahir merupakan petunjuk penting dalam menentukan penyebab perdarahan postpartum.

Karena tanda-tanda klinis dapat berkembang sangat cepat, pemantauan kontinu selama minimal dua jam pertama setelah persalinan menjadi periode kritis dalam mendeteksi terjadinya perdarahan postpartum.

C.4 Pengukuran Kehilangan Darah

Penilaian kehilangan darah merupakan bagian penting dalam diagnosis perdarahan postpartum. Selama bertahun-tahun, estimasi visual (visual estimation of blood loss) banyak digunakan dalam praktik klinis. Namun, metode tersebut terbukti memiliki tingkat akurasi yang rendah karena sering kali menyebabkan kehilangan darah diremehkan (underestimation) maupun dilebihkan (overestimation).

Saat ini, pedoman internasional merekomendasikan penggunaan Quantitative Blood Loss (QBL) sebagai metode standar dalam menilai kehilangan darah selama dan setelah persalinan. Pengukuran kuantitatif dilakukan dengan mengumpulkan darah menggunakan kantong penampung khusus (calibrated drape), menimbang kasa,

pembalut, kompres, dan kain operasi sebelum serta sesudah digunakan, kemudian menghitung selisih berat sebagai estimasi volume darah yang hilang. Pendekatan ini memberikan hasil yang lebih objektif sehingga memungkinkan diagnosis perdarahan dilakukan lebih dini.

Selain volume perdarahan, interpretasi hasil pengukuran harus dikombinasikan dengan kondisi klinis ibu. Kehilangan darah dalam jumlah relatif sedikit pada ibu dengan anemia berat dapat menyebabkan gangguan hemodinamik yang signifikan, sedangkan kehilangan darah yang lebih besar pada ibu sehat mungkin masih dapat dikompensasi. Oleh karena itu, keputusan klinis tidak boleh hanya didasarkan pada jumlah darah yang hilang, tetapi harus mempertimbangkan respons fisiologis ibu secara menyeluruh.

Perawat maternitas memiliki tanggung jawab penting dalam melakukan pencatatan kehilangan darah secara akurat, mendokumentasikan perubahan kondisi pasien, serta segera melaporkan hasil pengamatan kepada tim obstetri apabila ditemukan peningkatan perdarahan.

C.5 Early Warning Score

Perkembangan pelayanan maternitas modern mendorong penggunaan sistem Maternal Early Warning Score (MEWS) atau Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) sebagai alat untuk mendeteksi secara dini perburukan kondisi ibu. Sistem ini merupakan instrumen pemantauan yang mengintegrasikan berbagai parameter fisiologis sehingga perubahan kecil pada kondisi ibu dapat dikenali sebelum berkembang menjadi kegawatdaruratan.

Parameter yang dinilai dalam sistem ini meliputi tekanan darah sistolik dan diastolik, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, saturasi oksigen, tingkat kesadaran, produksi urin, serta karakteristik perdarahan postpartum. Setiap parameter diberikan skor sesuai tingkat penyimpangan dari nilai normal. Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin besar risiko terjadinya perburukan klinis dan semakin cepat intervensi harus dilakukan.

Penerapan Maternal Early Warning Score telah terbukti meningkatkan ketepatan identifikasi pasien yang mengalami penurunan kondisi, mempercepat aktivasi tim respons cepat (rapid response team), mengurangi keterlambatan penanganan, serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal. Dalam praktik keperawatan

maternitas, penggunaan sistem ini juga meningkatkan objektivitas pengambilan keputusan klinis dan memperkuat komunikasi antaranggota tim multidisiplin.

Perawat maternitas berperan sebagai tenaga kesehatan yang paling sering melakukan pemantauan langsung terhadap kondisi ibu. Oleh karena itu, kompetensi dalam menggunakan sistem Early Warning Score, menginterpretasikan hasil pemantauan, serta melakukan eskalasi pelayanan sesuai protokol merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari praktik keperawatan berbasis keselamatan pasien.

Secara keseluruhan, deteksi dini perdarahan postpartum merupakan fondasi utama dalam pencegahan komplikasi maternal yang mengancam jiwa. Pelaksanaan skrining faktor risiko, pengkajian keperawatan yang komprehensif, pengenalan tanda dan gejala klinis, pengukuran kehilangan darah secara objektif, serta penerapan Maternal Early Warning Score memungkinkan identifikasi perburukan kondisi ibu secara lebih cepat dan akurat. Integrasi kelima komponen tersebut dalam praktik keperawatan maternitas akan meningkatkan kualitas pelayanan, mempercepat pengambilan keputusan klinis, serta mendukung tercapainya keselamatan ibu dan bayi selama masa persalinan dan nifas.

D. Pencegahan Perdarahan Postpartum

Pencegahan perdarahan postpartum merupakan strategi utama dalam upaya menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kasus perdarahan postpartum dapat dicegah melalui penerapan praktik obstetri berbasis bukti (evidence-based practice), identifikasi faktor risiko sejak masa antenatal, penatalaksanaan aktif kala III persalinan, pemberian uterotonika secara tepat, serta pemantauan ibu secara berkesinambungan pada periode postpartum awal. Oleh karena itu, pendekatan preventif harus menjadi bagian integral dalam pelayanan maternitas, mulai dari pelayanan antenatal, intrapartum, hingga masa nifas.

Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), serta American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) menegaskan bahwa setiap ibu bersalin berhak memperoleh pelayanan pencegahan perdarahan postpartum yang terstandar. Pendekatan ini tidak hanya bertujuan mengurangi kehilangan darah setelah persalinan, tetapi juga meningkatkan keselamatan ibu, menurunkan kebutuhan transfusi darah, mengurangi tindakan operatif darurat, serta mempercepat proses pemulihan ibu pascapersalinan. Dalam praktik klinis, pencegahan

perdarahan postpartum dilakukan melalui kombinasi intervensi farmakologis, nonfarmakologis, edukasi kesehatan, serta kolaborasi multidisiplin yang melibatkan dokter, bidan, perawat maternitas, tenaga laboratorium, dan keluarga pasien.

D.1 Active Management of Third Stage of Labor (AMTSL)

Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) merupakan intervensi berbasis bukti yang direkomendasikan secara universal untuk mencegah perdarahan postpartum. Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi hingga plasenta dan selaput ketuban lahir secara lengkap. Periode ini merupakan fase yang sangat kritis karena sebagian besar perdarahan postpartum primer terjadi pada tahap tersebut.

WHO merekomendasikan AMTSL sebagai standar pelayanan pada seluruh persalinan karena terbukti mampu menurunkan kejadian perdarahan postpartum, mempercepat pelepasan plasenta, mengurangi kehilangan darah, serta menurunkan kebutuhan transfusi darah. Penerapan AMTSL secara konsisten juga terbukti menurunkan kejadian atonia uteri yang merupakan penyebab utama perdarahan postpartum.

Komponen utama AMTSL meliputi:

1. Pemberian uterotonika segera setelah lahirnya bayi, terutama oksitosin sebagai pilihan pertama.
2. Tarikan tali pusat terkendali (controlled cord traction) setelah dipastikan uterus berkontraksi dan tidak terdapat kontraindikasi.
3. Pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban untuk memastikan tidak terdapat jaringan yang tertinggal di dalam uterus.
4. Pemantauan kontraksi uterus dan massage uterus apabila diperlukan setelah plasenta lahir.
5. Observasi ketat terhadap perdarahan dan kondisi hemodinamik ibu selama minimal dua jam pertama setelah persalinan.

Dalam praktik keperawatan maternitas, perawat berperan aktif membantu pelaksanaan AMTSL melalui pemantauan kontraksi uterus, observasi jumlah perdarahan, dokumentasi tindakan, serta komunikasi cepat dengan tim obstetri apabila ditemukan tanda-tanda komplikasi. Implementasi AMTSL yang tepat merupakan salah satu indikator mutu pelayanan maternitas dan menjadi komponen penting dalam program keselamatan ibu.

D.2 Pemberian Uterotonika

Pemberian obat uterotonika merupakan intervensi farmakologis yang paling efektif dalam mencegah perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Uterotonika bekerja dengan merangsang kontraksi miometrium sehingga pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta terkompresi dan perdarahan dapat dihentikan melalui mekanisme fisiologis living ligature.

WHO merekomendasikan oksitosin 10 IU intramuskular atau intravena sebagai obat pilihan pertama untuk pencegahan perdarahan postpartum pada seluruh persalinan apabila tersedia dan kualitas penyimpanannya terjamin. Oksitosin memiliki efektivitas tinggi, bekerja cepat, serta memiliki efek samping yang relatif minimal sehingga menjadi standar emas dalam praktik obstetri modern.

Apabila oksitosin tidak tersedia atau tidak dapat digunakan, beberapa alternatif uterotonika yang dapat diberikan antara lain:

1. Misoprostol, terutama pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan keterbatasan rantai dingin (cold chain), karena stabil pada suhu ruang dan mudah diberikan secara oral, sublingual, atau rektal.
2. Ergometrin atau kombinasi oksitosin-ergometrin, dengan mempertimbangkan kontraindikasi pada ibu yang mengalami hipertensi atau preeklampsia.
3. Carbetocin, khususnya pada ibu dengan risiko tinggi perdarahan postpartum di fasilitas kesehatan yang memiliki ketersediaan obat tersebut.

Selain pemberian profilaksis, tenaga kesehatan juga harus memastikan bahwa obat uterotonika disimpan sesuai standar, diberikan pada waktu yang tepat, didokumentasikan secara lengkap, serta dievaluasi efektivitasnya melalui pemantauan kontraksi uterus dan jumlah perdarahan. Apabila kontraksi uterus masih tidak adekuat setelah pemberian uterotonika awal, diperlukan evaluasi penyebab lain sesuai pendekatan 4T (Tone, Trauma, Tissue, Thrombin) serta pemberian terapi tambahan sesuai pedoman klinis.

D.3 Pencegahan pada Ibu Risiko Tinggi

Ibu dengan faktor risiko perdarahan postpartum memerlukan perhatian khusus sejak masa antenatal hingga periode postpartum. Pencegahan pada kelompok ini tidak hanya berfokus pada saat persalinan, tetapi dimulai sejak identifikasi faktor risiko melalui pelayanan antenatal yang berkualitas.

Upaya pencegahan meliputi optimalisasi status kesehatan ibu sebelum persalinan, seperti pengobatan anemia, pengendalian hipertensi dan diabetes melitus, perbaikan status gizi, serta tata laksana penyakit penyerta yang dapat meningkatkan risiko perdarahan. Ibu dengan kadar hemoglobin rendah perlu mendapatkan suplementasi zat besi, asam folat, atau terapi sesuai penyebab anemia agar cadangan fisiologis tubuh meningkat sebelum menghadapi proses persalinan.

Pada ibu dengan faktor risiko obstetri, seperti kehamilan ganda, polihidramnion, plasenta previa, plasenta akreta, riwayat seksio sesarea berulang, atau riwayat perdarahan postpartum sebelumnya, persalinan sebaiknya direncanakan di fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan pelayanan obstetri emergensi komprehensif, ketersediaan darah untuk transfusi, ruang operasi, unit perawatan intensif, serta tenaga multidisiplin yang kompeten.

Selama persalinan, ibu risiko tinggi memerlukan pemantauan yang lebih intensif terhadap kontraksi uterus, jumlah perdarahan, tanda vital, serta respons terhadap pemberian uterotonika. Persiapan akses intravena, pemeriksaan golongan darah dan crossmatch, ketersediaan cairan resusitasi, serta kesiapan tindakan emergensi merupakan bagian penting dari strategi pencegahan pada kelompok ini.

Pendekatan preventif yang bersifat individual sesuai tingkat risiko terbukti mampu mengurangi kejadian perdarahan postpartum berat, menurunkan kebutuhan tindakan operatif, serta meningkatkan keselamatan ibu selama proses persalinan.

D.4 Edukasi Ibu dan Keluarga

Edukasi kesehatan merupakan komponen penting dalam pencegahan perdarahan postpartum karena keberhasilan pelayanan maternitas tidak hanya ditentukan oleh tindakan tenaga kesehatan, tetapi juga oleh pengetahuan, kesiapsiagaan, dan keterlibatan ibu serta keluarga.

Edukasi dimulai sejak masa kehamilan melalui konseling mengenai pentingnya pemeriksaan antenatal secara rutin, pemenuhan kebutuhan gizi, konsumsi tablet tambah darah, pengendalian penyakit penyerta, serta persiapan persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai. Selain itu, ibu dan keluarga perlu diberikan informasi mengenai faktor risiko perdarahan postpartum, pentingnya persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, serta manfaat penerapan Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL).

Setelah persalinan, edukasi difokuskan pada pengenalan tanda bahaya masa nifas, antara lain perdarahan yang semakin banyak, keluarnya bekuan darah dalam jumlah besar, uterus terasa tidak keras, demam, nyeri abdomen yang berat, pusing, sesak napas, jantung berdebar, hingga penurunan kesadaran. Ibu dan keluarga harus memahami bahwa kondisi tersebut memerlukan pertolongan medis segera dan tidak boleh dianggap sebagai bagian normal dari masa nifas.

Keluarga juga perlu dilibatkan dalam pemantauan kondisi ibu di rumah, membantu memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, memberikan dukungan psikologis, mendampingi ibu saat kontrol nifas, serta segera membawa ibu ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda-tanda komplikasi. Keterlibatan keluarga terbukti meningkatkan kepatuhan terhadap anjuran tenaga kesehatan, mempercepat deteksi komplikasi, dan mendukung proses pemulihan ibu secara optimal.

D.5 Peran Perawat Maternitas

Perawat maternitas memiliki peran yang sangat penting dalam seluruh rangkaian pencegahan perdarahan postpartum. Sebagai tenaga kesehatan yang berada paling dekat dengan ibu selama proses persalinan dan masa nifas, perawat bertanggung jawab melakukan pengkajian, pemantauan, intervensi, edukasi, dokumentasi, serta koordinasi pelayanan secara berkesinambungan.

Pada tahap antenatal, perawat berperan dalam mengidentifikasi faktor risiko melalui pengkajian komprehensif, memberikan edukasi mengenai nutrisi, pencegahan anemia, pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin, serta menyusun rencana persalinan yang aman sesuai tingkat risiko ibu.

Selama persalinan, perawat maternitas melakukan observasi tanda vital, memantau kemajuan persalinan, membantu pelaksanaan AMTSL, memastikan pemberian uterotonika sesuai prosedur, memantau kontraksi uterus, melakukan pengukuran kehilangan darah secara objektif (quantitative blood loss), serta mendeteksi secara dini setiap perubahan kondisi ibu. Perawat juga memiliki tanggung jawab untuk segera melakukan eskalasi pelayanan dan mengaktifkan tim respons obstetri apabila ditemukan tanda-tanda perdarahan postpartum.

Pada masa nifas, perawat melanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, karakteristik lokia, tanda vital, keseimbangan cairan, status psikologis, keberhasilan menyusui, serta memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya

postpartum dan pentingnya kunjungan nifas. Dokumentasi yang akurat, komunikasi efektif menggunakan pendekatan terstruktur seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), serta kolaborasi dengan dokter, bidan, dan profesi kesehatan lainnya merupakan bagian integral dari praktik keperawatan maternitas yang berkualitas.

Dengan berkembangnya pelayanan kesehatan berbasis teknologi, peran perawat maternitas juga semakin luas melalui pemanfaatan rekam medis elektronik, sistem Maternal Early Warning Score, telehealth, serta aplikasi pemantauan ibu nifas yang mendukung deteksi dini komplikasi secara berkelanjutan.

Secara keseluruhan, pencegahan perdarahan postpartum memerlukan pendekatan yang komprehensif, multidisiplin, dan berbasis bukti ilmiah. Implementasi Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL), pemberian uterotonika secara tepat, pencegahan pada ibu berisiko tinggi, edukasi kesehatan kepada ibu dan keluarga, serta optimalisasi peran perawat maternitas merupakan strategi utama yang terbukti efektif dalam menurunkan kejadian perdarahan postpartum. Integrasi seluruh komponen tersebut ke dalam pelayanan maternitas yang berkualitas akan meningkatkan keselamatan ibu, mengurangi angka kematian maternal, serta mendukung pencapaian target pembangunan kesehatan nasional dan global.

E. Penanganan Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum merupakan kegawatdaruratan obstetri yang memerlukan penanganan segera, sistematis, dan terkoordinasi. Keberhasilan penatalaksanaan sangat bergantung pada kecepatan identifikasi penyebab perdarahan, stabilisasi kondisi hemodinamik ibu, penghentian sumber perdarahan, serta kolaborasi multidisiplin yang efektif. Prinsip utama penanganan perdarahan postpartum adalah "resuscitate, identify, stop the bleeding, and treat the cause", yaitu melakukan resusitasi segera, mengidentifikasi penyebab perdarahan, menghentikan sumber perdarahan, dan menangani etiologi yang mendasarinya secara komprehensif.

Pedoman terbaru dari World Health Organization (WHO), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), dan Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) menekankan bahwa penanganan perdarahan postpartum harus dilakukan secara simultan, bukan berurutan. Artinya, proses resusitasi, pemberian terapi

farmakologis, identifikasi penyebab berdasarkan konsep 4T (Tone, Trauma, Tissue, Thrombin), serta persiapan tindakan definitif dilakukan secara bersamaan untuk meminimalkan keterlambatan penanganan.

E.1 Penatalaksanaan Awal

Penatalaksanaan awal merupakan fase paling kritis dalam penanganan perdarahan postpartum. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengenali kondisi secara cepat, mempertahankan fungsi organ vital, serta mencegah berkembangnya syok hipovolemik. Begitu perdarahan postpartum dicurigai, tenaga kesehatan harus segera mengaktifkan sistem respons kegawatdaruratan obstetri dan melakukan pendekatan sistematis menggunakan prinsip ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure).

Pengkajian dimulai dengan memastikan jalan napas tetap terbuka (airway) dan menilai kecukupan ventilasi (breathing). Selanjutnya dilakukan evaluasi sirkulasi (circulation) melalui pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, pengisian kapiler, warna kulit, suhu ekstremitas, serta jumlah perdarahan yang sedang berlangsung. Penurunan kesadaran dievaluasi menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) atau AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive), kemudian dilakukan pemeriksaan menyeluruh terhadap tubuh ibu (exposure) untuk mengidentifikasi kemungkinan sumber perdarahan lain.

Pada saat yang sama, dilakukan pemasangan dua jalur intravena berukuran besar (14–16 G), pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, trombosit, golongan darah, pemeriksaan silang serasi (crossmatch), serta profil koagulasi. Kandung kemih dikosongkan menggunakan kateter urin untuk memantau produksi urin sebagai indikator perfusi ginjal. Perawat maternitas juga segera melakukan pemijatan uterus (uterine massage) apabila ditemukan atonia uteri sambil terus memantau kontraksi uterus dan jumlah perdarahan.

Pendokumentasian waktu kejadian, volume kehilangan darah, tindakan yang telah dilakukan, respons pasien, serta komunikasi menggunakan metode SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) merupakan bagian penting dalam meningkatkan koordinasi tim dan keselamatan pasien.

E.2 Resusitasi

Resusitasi bertujuan mempertahankan perfusi organ vital dan mencegah terjadinya syok hipovolemik akibat kehilangan darah yang masif. Resusitasi harus dimulai segera

bersamaan dengan upaya menghentikan perdarahan, tanpa menunggu hasil pemeriksaan laboratorium.

Terapi cairan diawali dengan pemberian kristaloid isotonik, seperti Ringer Laktat atau Natrium Klorida 0,9%, melalui dua akses intravena berkaliber besar. Cairan diberikan secara cepat untuk menggantikan kehilangan volume intravaskular sementara menunggu ketersediaan produk darah. Namun demikian, pemberian cairan secara berlebihan perlu dihindari karena dapat menyebabkan hemodilusi, gangguan koagulasi, edema paru, serta memperburuk luaran klinis.

Apabila kehilangan darah terus berlangsung atau terdapat tanda-tanda syok, transfusi darah harus segera dipersiapkan. Transfusi Packed Red Cells (PRC) diberikan untuk meningkatkan kapasitas pengangkutan oksigen, sedangkan Fresh Frozen Plasma (FFP), trombosit, dan kriopresipitat diberikan sesuai hasil evaluasi koagulasi. Pada perdarahan masif, beberapa pedoman merekomendasikan penerapan Massive Transfusion Protocol (MTP) dengan rasio transfusi yang seimbang untuk mencegah koagulopati.

Selama proses resusitasi dilakukan pemantauan ketat terhadap tekanan darah, frekuensi nadi, saturasi oksigen, elektrokardiografi, produksi urin, suhu tubuh, kadar laktat, serta status asam-basa. Target resusitasi meliputi tekanan darah sistolik ≥90 mmHg, produksi urin ≥30 mL/jam, saturasi oksigen ≥95%, dan perbaikan perfusi perifer.

Perawat maternitas memiliki peran penting dalam memastikan kecepatan pemberian cairan, pemantauan respons terapi, pendokumentasian keseimbangan cairan (fluid balance), serta deteksi dini terhadap komplikasi resusitasi.

E.3 Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis merupakan komponen utama dalam menghentikan perdarahan postpartum, terutama apabila penyebab utamanya adalah atonia uteri. Pemberian obat harus dilakukan sesegera mungkin setelah diagnosis ditegakkan dan disesuaikan dengan kondisi klinis ibu.

Oksitosin tetap menjadi uterotonika pilihan pertama karena memiliki efektivitas tinggi dalam merangsang kontraksi miometrium dan profil keamanan yang baik. Apabila respons terhadap oksitosin belum optimal, dapat diberikan uterotonika tambahan sesuai

indikasi, seperti ergometrin (dengan memperhatikan kontraindikasi pada hipertensi), misoprostol, atau carbetocin, sesuai ketersediaan dan pedoman pelayanan.

WHO juga merekomendasikan pemberian asam traneksamat (tranexamic acid/TXA) sedini mungkin, idealnya dalam waktu kurang dari tiga jam setelah persalinan, pada ibu yang mengalami perdarahan postpartum. Asam traneksamat bekerja menghambat fibrinolisis sehingga membantu mempertahankan pembentukan bekuan darah dan terbukti menurunkan kematian akibat perdarahan apabila diberikan secara dini.

Selain uterotonika dan antifibrinolitik, terapi farmakologis lain diberikan sesuai etiologi, misalnya antibiotik pada dugaan infeksi, faktor pembekuan pada gangguan koagulasi, atau terapi spesifik lain berdasarkan hasil evaluasi klinis dan laboratorium.

Selama pemberian obat, tenaga kesehatan harus memantau efek terapeutik maupun kemungkinan efek samping, seperti hipotensi, bronkospasme, mual, muntah, nyeri dada, atau hipertensi akibat penggunaan obat tertentu.

E.4 Terapi Nonfarmakologis

Selain terapi farmakologis, berbagai tindakan nonfarmakologis memiliki peran penting dalam mengendalikan perdarahan postpartum. Pemijatan uterus (uterine massage) merupakan tindakan awal yang dilakukan apabila ditemukan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Tindakan ini bertujuan merangsang kontraksi miometrium sehingga pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta dapat terkompresi.

Apabila perdarahan masih berlangsung, dilakukan evaluasi terhadap kemungkinan retensi jaringan plasenta, robekan jalan lahir, atau hematoma pelvis. Pengosongan kandung kemih menggunakan kateter juga penting dilakukan karena kandung kemih yang penuh dapat menghambat kontraksi uterus.

Pada kasus atonia uteri yang tidak responsif terhadap uterotonika, dapat dilakukan kompresi uterus bimanual, yaitu teknik memberikan tekanan langsung terhadap uterus melalui kombinasi tangan di dalam vagina dan di atas abdomen untuk membantu menghentikan perdarahan sementara menunggu tindakan definitif.

Pada beberapa fasilitas kesehatan, penggunaan uterine balloon tamponade (misalnya menggunakan Bakri Balloon) menjadi pilihan nonbedah yang efektif untuk mengendalikan perdarahan akibat atonia uteri. Balon dimasukkan ke dalam kavum

uteri dan diisi cairan steril sehingga memberikan tekanan langsung pada tempat perdarahan. Teknik ini terbukti mampu mengurangi kebutuhan tindakan histerektomi pada banyak kasus.

E.5 Penanganan Kolaboratif

Penanganan perdarahan postpartum memerlukan pendekatan multidisiplin yang terorganisasi dengan baik. Tidak ada satu profesi yang mampu menangani seluruh aspek perdarahan postpartum secara mandiri. Oleh karena itu, koordinasi antara dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter anestesi, dokter penyakit dalam apabila diperlukan, dokter transfusi darah, bidan, perawat maternitas, tenaga laboratorium, radiologi, serta unit bank darah merupakan kunci keberhasilan terapi.

Perawat maternitas berperan sebagai koordinator pelayanan di tingkat bedside melalui pemantauan kondisi pasien secara kontinu, pelaksanaan intervensi keperawatan, koordinasi pemeriksaan penunjang, komunikasi efektif menggunakan metode SBAR, pendokumentasian tindakan, serta dukungan emosional kepada ibu dan keluarga.

Kolaborasi yang efektif juga mencakup kesiapan ruang operasi, ketersediaan produk darah, akses terhadap fasilitas perawatan intensif, serta implementasi protokol kegawatdaruratan obstetri yang telah distandardisasi di setiap fasilitas pelayanan kesehatan.

E.6 Intervensi Bedah

Apabila perdarahan tidak dapat dikendalikan melalui terapi konservatif, diperlukan tindakan bedah sebagai upaya penyelamatan jiwa ibu. Pemilihan prosedur bergantung pada penyebab perdarahan, kondisi hemodinamik pasien, keinginan mempertahankan fertilitas, serta ketersediaan fasilitas dan tenaga ahli.

Intervensi bedah yang dapat dilakukan meliputi eksplorasi uterus untuk mengeluarkan sisa jaringan plasenta, reparasi robekan serviks, vagina, maupun perineum, serta ligasi pembuluh darah uterus atau arteri iliaka interna pada perdarahan yang tidak terkendali.

Pada kasus atonia uteri refrakter, prosedur B-Lynch Compression Suture merupakan teknik konservatif yang banyak digunakan untuk mempertahankan uterus. Teknik ini memberikan tekanan mekanis terhadap uterus sehingga membantu menghentikan perdarahan tanpa harus melakukan histerektomi.

Apabila seluruh upaya konservatif gagal dan perdarahan tetap mengancam kehidupan ibu, maka histerektomi subtotal atau total menjadi pilihan terakhir (life-saving procedure). Keputusan melakukan histerektomi harus mempertimbangkan kondisi klinis pasien, kecepatan perkembangan syok, serta peluang keberhasilan tindakan konservatif lainnya.

E.7 Algoritma Penanganan Perdarahan Postpartum

Pendekatan algoritmik mempermudah tenaga kesehatan dalam mengambil keputusan secara cepat dan sistematis ketika menghadapi kasus perdarahan postpartum. Secara umum, algoritma penanganan terdiri atas tahapan berikut:

1. Identifikasi perdarahan postpartum melalui pengukuran kehilangan darah dan evaluasi tanda vital.
2. Aktifkan tim kegawatdaruratan obstetri dan lakukan pendekatan ABCDE.
3. Mulai resusitasi segera, termasuk pemasangan dua jalur intravena besar, pemberian oksigen, terapi cairan, pemeriksaan laboratorium, dan persiapan transfusi darah.
4. Evaluasi penyebab menggunakan konsep 4T, yaitu Tone, Trauma, Tissue, dan Thrombin.
5. Lakukan terapi spesifik sesuai penyebab, meliputi uterotonika, pijat uterus, kompresi bimanual, eksplorasi uterus, reparasi robekan, koreksi gangguan koagulasi, atau tindakan lainnya.
6. Apabila perdarahan tidak terkendali, lanjutkan dengan uterine balloon tamponade, prosedur kompresi uterus (B-Lynch), embolisasi arteri uterus (bila tersedia), atau tindakan bedah definitif.
7. Lakukan pemantauan intensif setelah perdarahan teratasi, meliputi evaluasi hemodinamik, fungsi organ, keseimbangan cairan, kadar hemoglobin, serta dukungan psikologis dan edukasi kepada ibu serta keluarga.

Penerapan algoritma yang terstandarisasi terbukti meningkatkan kecepatan pengambilan keputusan, memperkuat koordinasi tim multidisiplin, mengurangi variasi praktik klinis, serta meningkatkan keselamatan pasien dalam penanganan perdarahan postpartum.

Penanganan perdarahan postpartum merupakan proses yang kompleks dan membutuhkan respons cepat, sistematis, serta berbasis bukti ilmiah. Penatalaksanaan

awal yang tepat, resusitasi segera, terapi farmakologis dan nonfarmakologis, kolaborasi multidisiplin, serta intervensi bedah yang dilakukan sesuai indikasi merupakan komponen utama dalam menyelamatkan kehidupan ibu. Penerapan algoritma penanganan yang terstandar, didukung oleh kompetensi tenaga kesehatan dan kesiapan fasilitas pelayanan, menjadi faktor kunci dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal akibat perdarahan postpartum. Bagi perawat maternitas, kemampuan mengenali perubahan kondisi klinis secara dini, melakukan intervensi keperawatan yang cepat, serta berkolaborasi secara efektif dengan tim kesehatan merupakan kompetensi esensial dalam memberikan pelayanan maternitas yang aman, bermutu, dan berpusat pada keselamatan ibu.

F. Praktik Keperawatan Maternitas dalam Penanganan Perdarahan Postpartum

Praktik keperawatan maternitas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya pencegahan, deteksi dini, penanganan, hingga pemulihan ibu yang mengalami perdarahan postpartum. Dalam praktik klinis, perawat maternitas tidak hanya berperan sebagai pelaksana tindakan keperawatan, tetapi juga sebagai pengkaji kondisi pasien, pengambil keputusan klinis, edukator, advokat, komunikator, kolaborator, dan koordinator pelayanan kesehatan. Kompleksitas perdarahan postpartum menuntut perawat memiliki kemampuan berpikir kritis (clinical reasoning), keterampilan klinis yang memadai, serta kemampuan bekerja sama dalam tim multidisiplin untuk memberikan pelayanan yang cepat, tepat, aman, dan berorientasi pada keselamatan ibu.

Pelaksanaan praktik keperawatan maternitas dilakukan melalui proses keperawatan yang sistematis, meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan luaran yang diharapkan, pelaksanaan intervensi keperawatan berbasis bukti, pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga, dokumentasi yang komprehensif, serta penerapan prinsip keselamatan pasien. Keseluruhan proses tersebut bertujuan untuk mempertahankan stabilitas fisiologis ibu, mencegah komplikasi lebih lanjut, meningkatkan kualitas pelayanan, serta mendukung proses pemulihan yang optimal selama masa nifas.

F.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan fondasi utama dalam praktik keperawatan maternitas karena menjadi dasar bagi seluruh proses pengambilan keputusan klinis. Pada pasien

dengan perdarahan postpartum, pengkajian harus dilakukan secara cepat, komprehensif, sistematis, dan berkesinambungan mengingat kondisi pasien dapat mengalami perubahan yang sangat cepat. Tujuan pengkajian adalah mengidentifikasi tingkat keparahan perdarahan, menilai status hemodinamik ibu, menemukan penyebab perdarahan, serta menentukan prioritas tindakan keperawatan yang harus segera dilakukan.

Pengkajian diawali dengan pengumpulan data subjektif yang mencakup keluhan utama pasien, riwayat kehamilan dan persalinan, riwayat perdarahan postpartum sebelumnya, penyakit penyerta, penggunaan obat-obatan, riwayat gangguan pembekuan darah, serta kondisi psikologis ibu dan keluarga. Selanjutnya dilakukan pengkajian objektif melalui pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, saturasi oksigen, dan tingkat kesadaran. Perubahan pada parameter tersebut menjadi indikator penting dalam mendeteksi hipovolemia maupun syok sejak fase awal.

Pemeriksaan obstetri meliputi penilaian kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, karakteristik lokia, jumlah kehilangan darah, keberadaan bekuan darah, serta kemungkinan adanya robekan pada serviks, vagina, maupun perineum. Selain itu, perawat juga melakukan pemantauan keseimbangan cairan melalui produksi urin, warna kulit, suhu ekstremitas, pengisian kapiler, dan tanda-tanda perfusi perifer lainnya. Hasil pemeriksaan laboratorium seperti kadar hemoglobin, hematokrit, trombosit, fibrinogen, profil koagulasi, kadar laktat, dan pemeriksaan golongan darah turut menjadi bagian penting dalam proses pengkajian. Seluruh informasi tersebut dianalisis secara menyeluruh sehingga perawat mampu menentukan prioritas masalah serta melakukan kolaborasi secara tepat dengan tim kesehatan.

F.2 Diagnosis Keperawatan (SDKI/NANDA)

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respons pasien terhadap kondisi kesehatan yang dialaminya dan menjadi dasar dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan. Pada pasien dengan perdarahan postpartum, diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian yang komprehensif serta mempertimbangkan kondisi fisiologis, psikologis, dan sosial pasien. Penetapan diagnosis yang tepat memungkinkan intervensi dilakukan secara terarah sehingga dapat meningkatkan efektivitas pelayanan keperawatan.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis yang paling sering ditemukan pada pasien dengan perdarahan postpartum adalah defisit volume cairan akibat kehilangan darah akut, yang ditandai dengan hipotensi, takikardia, penurunan perfusi perifer, oliguria, serta perubahan tingkat kesadaran. Selain itu, risiko syok menjadi diagnosis prioritas karena perdarahan postpartum dapat berkembang sangat cepat menuju syok hipovolemik apabila tidak segera ditangani. Diagnosis lain yang sering muncul meliputi perfusi jaringan perifer tidak efektif, nyeri akut akibat kontraksi uterus atau trauma jalan lahir, ansietas yang berhubungan dengan kondisi kegawatdaruratan, serta risiko infeksi akibat tindakan invasif selama proses penatalaksanaan.

Apabila menggunakan klasifikasi NANDA International, diagnosis yang digunakan pada prinsipnya memiliki makna klinis yang sepadan, yaitu Deficient Fluid Volume, Risk for Shock, Ineffective Peripheral Tissue Perfusion, Acute Pain, Anxiety, dan Risk for Infection. Pemilihan diagnosis harus selalu disesuaikan dengan kondisi aktual pasien sehingga asuhan keperawatan bersifat individual, adaptif terhadap perubahan klinis, dan berorientasi pada keselamatan ibu.

F.3 Luaran Keperawatan (SLKI/NOC)

Luaran keperawatan merupakan indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah diberikan kepada pasien. Penentuan luaran dilakukan sejak awal penyusunan rencana asuhan keperawatan sehingga seluruh tindakan memiliki tujuan yang jelas dan dapat dievaluasi secara objektif. Luaran yang baik harus bersifat spesifik, terukur, realistis, dapat dicapai, serta disesuaikan dengan kondisi klinis pasien.

Dalam praktik keperawatan di Indonesia, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) menjadi acuan utama dalam menentukan target keberhasilan pelayanan. Pada pasien dengan perdarahan postpartum, luaran yang diharapkan meliputi membaiknya status volume cairan, stabilnya hemodinamik, perfusi jaringan yang adekuat, kontraksi uterus yang efektif, berhentinya perdarahan, peningkatan produksi urin, berkurangnya nyeri, menurunnya tingkat kecemasan, tidak terjadinya infeksi, serta meningkatnya pengetahuan ibu mengenai perawatan masa nifas dan tanda bahaya postpartum.

Pada fasilitas pelayanan kesehatan yang menggunakan Nursing Outcomes Classification (NOC), evaluasi luaran dapat mengacu pada indikator seperti Fluid Balance, Hemodynamic Stability, Tissue Perfusion, Pain Control, Anxiety Level,

Infection Severity, dan Knowledge: Postpartum Care. Evaluasi dilakukan secara berkala melalui observasi klinis, pemeriksaan laboratorium, serta respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Dengan demikian, luaran keperawatan tidak hanya menjadi indikator keberhasilan tindakan, tetapi juga menjadi dasar dalam menentukan perlunya modifikasi rencana asuhan apabila target yang ditetapkan belum tercapai.

F.4 Intervensi Keperawatan (SIKI/NIC)

Intervensi keperawatan merupakan seluruh tindakan yang dirancang untuk mengatasi masalah keperawatan yang telah diidentifikasi serta mencapai luaran yang diharapkan. Pada pasien dengan perdarahan postpartum, intervensi difokuskan pada upaya mempertahankan stabilitas hemodinamik, menghentikan perdarahan, mencegah komplikasi, mengurangi kecemasan, dan mempercepat proses pemulihan ibu.

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), tindakan yang dilakukan meliputi pemantauan tanda vital secara kontinu, observasi jumlah perdarahan, evaluasi kontraksi uterus, manajemen cairan, pencegahan syok, pemantauan keseimbangan cairan, kolaborasi pemberian uterotonika dan transfusi darah, pencegahan infeksi, manajemen nyeri, serta dukungan emosional kepada pasien dan keluarga. Seluruh intervensi tersebut harus dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan dengan memperhatikan perubahan kondisi klinis pasien.

Apabila menggunakan Nursing Interventions Classification (NIC), intervensi yang diberikan meliputi Hemorrhage Control, Shock Management, Fluid Management, Blood Product Administration, Vital Signs Monitoring, Pain Management, Anxiety Reduction, Infection Protection, serta Health Education. Pelaksanaan intervensi harus didukung oleh komunikasi yang efektif antarprofesi, dokumentasi yang lengkap, serta evaluasi secara terus-menerus terhadap respons pasien. Pendekatan ini memungkinkan perawat memberikan pelayanan yang adaptif terhadap dinamika kondisi klinis pasien dan meningkatkan keberhasilan penanganan perdarahan postpartum.

F.5 Edukasi

Edukasi merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan yang berperan penting dalam meningkatkan kemampuan ibu dan keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam proses pemulihan. Pemberian edukasi tidak hanya bertujuan meningkatkan pengetahuan pasien, tetapi juga membentuk sikap dan perilaku yang mendukung keberhasilan perawatan selama masa nifas.

Materi edukasi mencakup pentingnya menjaga kebersihan diri, pemenuhan kebutuhan nutrisi yang kaya protein dan zat besi, kepatuhan mengonsumsi obat sesuai anjuran, pemantauan jumlah perdarahan, mobilisasi bertahap, keberhasilan menyusui, serta pentingnya melakukan kunjungan nifas sesuai jadwal. Selain itu, ibu dan keluarga harus memahami berbagai tanda bahaya, seperti perdarahan yang semakin banyak, uterus yang tidak berkontraksi dengan baik, demam, nyeri abdomen yang berat, sesak napas, pusing, penurunan kesadaran, atau berkurangnya produksi urin, sehingga mereka dapat segera mencari pertolongan medis apabila kondisi tersebut terjadi.

Perawat maternitas juga perlu melibatkan anggota keluarga dalam proses edukasi karena keluarga merupakan sistem pendukung utama selama masa pemulihan. Penggunaan metode komunikasi dua arah, media edukasi yang mudah dipahami, serta teknik teach-back akan meningkatkan efektivitas penyampaian informasi dan memastikan bahwa materi yang diberikan benar-benar dipahami oleh pasien maupun keluarganya.

F.6 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan bagian integral dari praktik keperawatan karena berfungsi sebagai bukti pelaksanaan asuhan keperawatan, media komunikasi antarprofesi, dasar evaluasi mutu pelayanan, serta aspek legal dalam praktik profesional. Dokumentasi yang baik harus disusun secara akurat, objektif, lengkap, sistematis, dan dilakukan segera setelah tindakan diberikan.

Pada pasien dengan perdarahan postpartum, dokumentasi mencakup hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran yang ditetapkan, intervensi yang telah dilakukan, respons pasien terhadap terapi, jumlah kehilangan darah, hasil pemantauan tanda vital, pemberian obat, transfusi darah, hasil pemeriksaan laboratorium, edukasi yang telah diberikan, serta hasil kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Seluruh informasi tersebut harus dicatat secara kronologis sehingga memudahkan evaluasi perkembangan pasien dan menjamin kesinambungan pelayanan.

Perkembangan teknologi informasi telah mendorong penggunaan rekam medis elektronik yang mampu meningkatkan akurasi pencatatan, mempermudah akses informasi klinis, mengurangi risiko kehilangan data, serta mendukung pengambilan keputusan berbasis data. Namun demikian, baik dokumentasi manual maupun

elektronik tetap harus memenuhi prinsip kerahasiaan, keamanan data pasien, dan standar etik profesi keperawatan.

F.7 Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (patient safety) merupakan prinsip fundamental dalam praktik keperawatan maternitas, khususnya pada penanganan perdarahan postpartum yang termasuk dalam kategori kegawatdaruratan obstetri. Seluruh tindakan keperawatan harus diarahkan untuk mencegah terjadinya cedera, mengurangi risiko kesalahan medis, serta menjamin bahwa setiap pasien memperoleh pelayanan yang aman dan bermutu.

Penerapan keselamatan pasien dimulai dari identifikasi pasien secara benar, komunikasi efektif antaranggota tim menggunakan metode SBAR, pemberian obat sesuai prinsip enam benar, verifikasi golongan darah sebelum transfusi, penerapan kewaspadaan standar untuk mencegah infeksi, serta pemantauan ketat terhadap kondisi pasien setelah setiap tindakan dilakukan. Selain itu, perawat juga memiliki tanggung jawab untuk mengenali secara dini perubahan kondisi klinis, melakukan eskalasi pelayanan sesuai protokol, melaporkan insiden keselamatan pasien, serta berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu melalui audit klinis dan simulasi kegawatdaruratan obstetri.

Budaya keselamatan pasien yang kuat akan meningkatkan koordinasi tim multidisiplin, mempercepat pengambilan keputusan klinis, serta mengurangi keterlambatan penanganan pada kasus perdarahan postpartum. Dengan demikian, keselamatan pasien tidak hanya menjadi tanggung jawab individu, tetapi merupakan komitmen seluruh tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan maternitas yang profesional, berkualitas, dan berorientasi pada penyelamatan ibu dan bayi.

Secara keseluruhan, praktik keperawatan maternitas pada pasien dengan perdarahan postpartum harus dilaksanakan melalui proses keperawatan yang sistematis, komprehensif, dan berbasis bukti ilmiah. Pengkajian yang akurat, penetapan diagnosis yang tepat, penyusunan luaran yang terukur, pelaksanaan intervensi sesuai standar, edukasi yang efektif, dokumentasi yang lengkap, serta penerapan prinsip keselamatan pasien merupakan satu kesatuan yang saling mendukung dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Melalui praktik keperawatan yang profesional dan kolaboratif, perawat maternitas berkontribusi secara nyata dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal serta meningkatkan kualitas hidup ibu selama masa nifas.

G. Tantangan, Inovasi, dan Penutup

Perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, serta transformasi sistem pelayanan kesehatan telah membawa perubahan yang signifikan dalam praktik pelayanan maternitas, termasuk dalam upaya pencegahan dan penanganan perdarahan postpartum. Meskipun berbagai pedoman klinis berbasis bukti telah diterapkan secara luas, perdarahan postpartum masih menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu di dunia. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan penatalaksanaan tidak hanya ditentukan oleh kemampuan klinis tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh kesiapan sistem pelayanan, pemerataan akses kesehatan, kompetensi sumber daya manusia, serta pemanfaatan inovasi teknologi dalam praktik klinis.

Di era transformasi digital, pelayanan maternitas mulai bergeser menuju pendekatan yang lebih terintegrasi, prediktif, dan berbasis teknologi informasi. Berbagai inovasi seperti telehealth, kecerdasan buatan (Artificial Intelligence), sistem peringatan dini digital, serta pengembangan rekam medis elektronik memberikan peluang besar untuk meningkatkan kualitas pelayanan, mempercepat pengambilan keputusan klinis, dan memperkuat keselamatan pasien. Namun demikian, implementasi inovasi tersebut juga menghadapi berbagai tantangan yang perlu diantisipasi melalui penguatan regulasi, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, serta pengembangan infrastruktur digital yang memadai.

G.1 Telehealth Maternitas

Telehealth telah berkembang menjadi salah satu inovasi penting dalam pelayanan kesehatan ibu, khususnya setelah meningkatnya kebutuhan pelayanan kesehatan jarak jauh pada beberapa tahun terakhir. Dalam pelayanan maternitas, telehealth memungkinkan tenaga kesehatan memberikan konsultasi, edukasi, pemantauan kondisi ibu, serta tindak lanjut masa nifas tanpa harus selalu melakukan kunjungan tatap muka. Pendekatan ini sangat bermanfaat bagi ibu yang tinggal di daerah terpencil, memiliki keterbatasan mobilitas, atau mengalami hambatan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada konteks pencegahan perdarahan postpartum, telehealth dapat dimanfaatkan untuk melakukan pemantauan kondisi ibu setelah pulang dari rumah sakit, mengevaluasi keluhan yang muncul selama masa nifas, mengingatkan jadwal kontrol, memberikan edukasi mengenai tanda bahaya postpartum, serta memfasilitasi konsultasi cepat apabila ditemukan gejala yang mengarah pada komplikasi. Dengan komunikasi

yang berlangsung secara berkelanjutan, tenaga kesehatan dapat melakukan identifikasi dini terhadap kondisi yang memerlukan pemeriksaan langsung sehingga keterlambatan penanganan dapat diminimalkan.

Bagi perawat maternitas, telehealth memperluas ruang lingkup praktik keperawatan dari pelayanan yang bersifat episodik menjadi pelayanan yang berkesinambungan (continuity of care). Melalui pemanfaatan teknologi komunikasi, perawat dapat mempertahankan hubungan terapeutik dengan ibu dan keluarga, meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan masa nifas, serta memperkuat pemberdayaan pasien dalam menjaga kesehatannya secara mandiri.

G.2 Artificial Intelligence

Perkembangan Artificial Intelligence (AI) memberikan peluang baru dalam meningkatkan kualitas pelayanan maternitas melalui kemampuan analisis data yang cepat, akurat, dan prediktif. Dalam praktik obstetri modern, AI mulai digunakan untuk membantu identifikasi faktor risiko, memprediksi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan, menganalisis perubahan parameter fisiologis ibu secara real-time, hingga mendukung pengambilan keputusan klinis berbasis data.

Pada kasus perdarahan postpartum, algoritma kecerdasan buatan berpotensi mengintegrasikan berbagai variabel klinis, seperti usia ibu, riwayat obstetri, hasil laboratorium, tekanan darah, frekuensi nadi, kontraksi uterus, serta volume kehilangan darah untuk menghasilkan estimasi risiko secara otomatis. Informasi tersebut dapat membantu tenaga kesehatan mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi sebelum kondisi berkembang menjadi kegawatdaruratan.

Meskipun demikian, penerapan AI tidak dimaksudkan untuk menggantikan peran tenaga kesehatan. Sebaliknya, AI berfungsi sebagai clinical decision support system yang membantu meningkatkan akurasi penilaian klinis, mempercepat pengambilan keputusan, serta mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan manusia. Keputusan akhir tetap berada pada tenaga kesehatan yang mempertimbangkan kondisi klinis pasien secara menyeluruh, aspek etik, serta nilai-nilai kemanusiaan dalam praktik pelayanan maternitas.

Ke depan, pengembangan AI yang terintegrasi dengan rekam medis elektronik, sistem pemantauan pasien, serta aplikasi pelayanan kesehatan diperkirakan akan

semakin memperkuat implementasi pelayanan maternitas berbasis bukti dan mendukung pencapaian keselamatan ibu yang lebih baik.

G.3 Early Warning System Digital

Salah satu inovasi yang semakin banyak diterapkan dalam pelayanan maternitas adalah Digital Early Warning System (EWS). Sistem ini merupakan pengembangan dari Maternal Early Warning Score yang memanfaatkan teknologi digital untuk melakukan pemantauan parameter fisiologis ibu secara otomatis dan memberikan peringatan dini apabila ditemukan perubahan kondisi yang mengarah pada kegawatan.

Digital Early Warning System mampu mengintegrasikan data tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, saturasi oksigen, produksi urin, maupun parameter klinis lainnya ke dalam sistem elektronik yang secara otomatis menghitung tingkat risiko pasien. Apabila nilai yang diperoleh melewati batas tertentu, sistem akan menghasilkan notifikasi kepada tenaga kesehatan sehingga evaluasi klinis dapat segera dilakukan tanpa menunggu terjadinya perburukan kondisi.

Implementasi sistem digital ini memberikan berbagai keuntungan, antara lain meningkatkan akurasi pemantauan, mengurangi keterlambatan pengenalan kondisi kritis, mempercepat respons tim multidisiplin, serta mendukung pengambilan keputusan berbasis data secara objektif. Selain itu, sistem ini juga mempermudah proses dokumentasi, audit klinis, dan evaluasi mutu pelayanan karena seluruh data tersimpan secara elektronik dan dapat dianalisis kembali untuk kepentingan peningkatan kualitas pelayanan.

Bagi praktik keperawatan maternitas, penggunaan Digital Early Warning System memperkuat kemampuan perawat dalam melakukan pengawasan terhadap kondisi ibu secara berkesinambungan serta meningkatkan efektivitas komunikasi antarprofesi dalam situasi kegawatdaruratan obstetri.

G.4 Implikasi Praktik

Perkembangan pelayanan maternitas berbasis teknologi membawa implikasi yang luas terhadap praktik keperawatan. Perawat maternitas dituntut tidak hanya memiliki kompetensi klinis dalam menangani perdarahan postpartum, tetapi juga mampu memanfaatkan teknologi digital sebagai bagian dari pelayanan yang profesional. Kemampuan mengoperasikan rekam medis elektronik, menggunakan sistem pemantauan digital, menginterpretasikan hasil Early Warning Score, serta memberikan

edukasi melalui media digital menjadi kompetensi yang semakin penting dalam praktik keperawatan modern.

Di sisi lain, transformasi pelayanan kesehatan juga menuntut peningkatan kompetensi melalui pendidikan berkelanjutan, pelatihan kegawatdaruratan obstetri, simulasi klinis, serta penguatan budaya keselamatan pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu memastikan tersedianya protokol berbasis bukti, sistem komunikasi yang efektif, akses terhadap teknologi digital, serta mekanisme evaluasi mutu yang berkesinambungan agar inovasi yang diterapkan benar-benar memberikan manfaat bagi keselamatan ibu.

Implikasi lainnya adalah perlunya penguatan kolaborasi interprofesional. Penanganan perdarahan postpartum tidak dapat dilakukan oleh satu profesi saja, melainkan memerlukan koordinasi yang erat antara dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter anestesi, bidan, perawat maternitas, tenaga laboratorium, bank darah, serta profesi kesehatan lainnya. Kolaborasi yang efektif akan mempercepat pengambilan keputusan klinis, meningkatkan efisiensi pelayanan, dan mengurangi risiko komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu.

Selain aspek klinis, perkembangan teknologi juga membawa implikasi pada bidang pendidikan dan penelitian keperawatan. Kurikulum pendidikan keperawatan perlu mengintegrasikan pembelajaran mengenai pelayanan kesehatan digital, simulasi kegawatdaruratan obstetri, penggunaan kecerdasan buatan dalam praktik klinis, serta penguatan kemampuan clinical reasoning agar lulusan siap menghadapi tantangan pelayanan kesehatan di masa depan. Penelitian mengenai efektivitas telehealth, AI, dan sistem peringatan dini digital dalam pelayanan maternitas juga perlu terus dikembangkan untuk menghasilkan inovasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

G.5 Kesimpulan

Perdarahan postpartum merupakan salah satu komplikasi obstetri yang paling serius dan hingga saat ini masih menjadi penyebab utama morbiditas serta mortalitas maternal di berbagai negara. Meskipun sebagian besar kasus dapat dicegah, keberhasilan upaya tersebut sangat bergantung pada kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan identifikasi faktor risiko, deteksi dini, pencegahan yang komprehensif, serta penatalaksanaan yang cepat, tepat, dan berbasis bukti ilmiah. Pendekatan sistematis

mulai dari pengkajian, penerapan Active Management of the Third Stage of Labor, pemberian uterotonika, resusitasi, penanganan penyebab berdasarkan konsep 4T, hingga pelaksanaan praktik keperawatan maternitas yang profesional menjadi fondasi utama dalam meningkatkan keselamatan ibu.

Perawat maternitas memiliki peran strategis dalam seluruh rangkaian pelayanan tersebut, mulai dari skrining risiko, pemantauan kondisi klinis, pelaksanaan intervensi keperawatan, edukasi kepada ibu dan keluarga, dokumentasi, hingga koordinasi pelayanan dengan tim multidisiplin. Kompetensi klinis yang kuat, kemampuan berpikir kritis, komunikasi yang efektif, serta komitmen terhadap keselamatan pasien merupakan faktor yang menentukan keberhasilan praktik keperawatan dalam menghadapi kasus perdarahan postpartum.

Di sisi lain, perkembangan teknologi membuka peluang baru untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pemanfaatan telehealth, Artificial Intelligence, serta Digital Early Warning System. Integrasi teknologi digital dengan praktik keperawatan berbasis bukti diharapkan mampu mempercepat deteksi dini, meningkatkan akurasi pengambilan keputusan, memperkuat kesinambungan pelayanan, serta mendukung penurunan angka kematian ibu secara berkelanjutan. Namun demikian, implementasi inovasi tersebut harus disertai dengan penguatan kompetensi tenaga kesehatan, penyediaan infrastruktur yang memadai, perlindungan terhadap keamanan data pasien, serta pengembangan kebijakan yang mendukung transformasi pelayanan maternitas.

Sebagai penutup, pencegahan dan penanganan perdarahan postpartum tidak hanya merupakan tanggung jawab tenaga kesehatan, tetapi juga menjadi bagian dari komitmen bersama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan maternal yang aman, bermutu, dan berpusat pada pasien. Melalui penerapan praktik keperawatan maternitas yang profesional, kolaboratif, adaptif terhadap perkembangan teknologi, dan berlandaskan bukti ilmiah, diharapkan angka morbiditas dan mortalitas maternal akibat perdarahan postpartum dapat terus ditekan, sehingga tujuan pembangunan kesehatan nasional maupun global dalam meningkatkan keselamatan ibu dapat tercapai secara berkelanjutan.

Referensi

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Postpartum hemorrhage (Practice Bulletin). ACOG.

Asefa, A., Bekele, D., & Morgan, A. (2023). Quality of emergency obstetric care and maternal outcomes in low-resource settings: A systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 23(1), 564.

Bienstock, J. L., Eke, A. C., & Hueppchen, N. A. (2021). Postpartum hemorrhage. New England Journal of Medicine, 384(17), 1635–1645.

Bingham, D., Main, E. K., Jones, L., & Gregory, K. D. (2022). Improving maternal safety through postpartum hemorrhage bundles. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 51(4), 359–371.

Committee on Patient Safety and Quality Improvement. (2022). Obstetric hemorrhage bundles and implementation strategies. Obstetrics & Gynecology, 139(3), e105–e118.

Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandraharan, E., Miller, S., Burke, T., & FIGO Safe Motherhood Committee. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 157(Suppl. 1), 3–50.

Gallos, I. D., Devall, A. J., Martin, J., Middleton, P., & Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. (2025). Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: A Cochrane systematic review and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews.

International Confederation of Midwives. (2022). Essential competencies for midwifery practice. ICM.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2022). FIGO generic postpartum haemorrhage protocol and care pathways.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2025). FIGO recommendations on objective measurement of postpartum blood loss. International Journal of Gynecology & Obstetrics.

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., & Kurinczuk, J. J. (2022). Saving lives, improving mothers' care. National Perinatal Epidemiology Unit.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Pedoman pelayanan kesehatan ibu dan

bayi baru lahir. Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022. Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Pedoman nasional pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK). Kementerian Kesehatan RI.

Lopez-Gonzalez, D. M., & Reddy, U. M. (2022). Postpartum care of the new mother. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Main, E. K., Goffman, D., Scavone, B. M., Low, L. K., Bingham, D., Fontaine, P., & Kilpatrick, S. J. (2022). National partnership for maternal safety: Consensus bundle on obstetric hemorrhage. Obstetrics & Gynecology.

Miller, S., Lalonde, A., & Burke, T. (2022). Innovations in postpartum hemorrhage prevention and management. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 157(Suppl. 1), 51–63.

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE Guideline.

Nursing and Midwifery Council. (2022). Standards of proficiency for registered nurses. NMC.

Organization for Economic Co-operation and Development. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2021). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Edisi 2). DPP PPNI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2021). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Edisi 2). DPP PPNI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2021). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Edisi 2). DPP PPNI.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Prevention and management of postpartum haemorrhage (Green-top Guideline No. 52).

Shakur-Still, H., Roberts, I., Fawole, B., Chaudhri, R., El-Sheikh, M., Akintan, A., & WOMAN Trial Collaborators. (2021). Effect of tranexamic acid in postpartum hemorrhage: Long-term follow-up analysis. The Lancet Global Health.

United Nations. (2023). The Sustainable Development Goals Report 2023. United Nations.

United Nations Population Fund. (2022). State of the world's midwifery 2022. UNFPA.

World Health Organization. (2021). WHO recommendation on uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage. WHO.

World Health Organization. (2021). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. WHO.

World Health Organization. (2022). Trends in maternal mortality 2000–2020. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, & United Nations Population Division.

World Health Organization. (2023). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO.

World Health Organization. (2023). Improving maternal health and reducing maternal mortality. WHO.

World Health Organization. (2024). Maternal mortality. WHO.

World Health Organization. (2025). Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and management of postpartum haemorrhage. WHO.

Yeo, K. T., & Gupta, S. (2023). Advances in postpartum hemorrhage management: Current evidence and future directions. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 88, 102312.

Zhao, R., Li, X., Wang, Y., & Chen, H. (2022). Artificial intelligence in obstetric emergency management: Current applications and future perspectives. Frontiers in Medicine, 9, 873214.

Zhou, Q., Liu, Y., Zhang, L., & Wang, H. (2024). Digital early warning systems in obstetric care: A systematic review. BMC Health Services Research, 24(1), 944.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. (2021). Patient safety, nurse staffing, and quality of care: International perspectives. International Journal of Nursing Studies, 118, 103902.

International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. ICN.

ISSN 3063-4946

BAB XIX

Perawatan Masa Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

Siti Hajrianti,S.S.T.Keb.M.Tr.Keb

A. Keluarga sebagai Garis Pertama Perawatan Nifas

Masa nifas perlu dipahami sebagai fase transisi kesehatan yang dimulai segera setelah bayi lahir dan berlangsung sampai 42 hari setelah persalinan, sehingga perhatian terhadap ibu dan bayi tidak boleh berhenti ketika keduanya pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan (World Health Organization [WHO], 2022; McCauley et al., 2022). Dalam fase ini, ibu mengalami pemulihan fisik, penyesuaian laktasi, perubahan emosi, perubahan peran sosial, serta kebutuhan pengambilan keputusan kesehatan yang sering terjadi di rumah, bukan di ruang praktik tenaga kesehatan (McCauley et al., 2022). Karena sebagian besar waktu nifas berlangsung di lingkungan keluarga, kualitas perawatan sangat dipengaruhi oleh kesiapan orang terdekat dalam mengenali kebutuhan ibu, menjaga bayi, membantu pekerjaan domestik, dan menghubungkan keluarga dengan layanan kesehatan bila muncul tanda bahaya. Dengan demikian, perawatan masa nifas berbasis keluarga bukan sekadar anjuran moral, melainkan strategi untuk memastikan keberlanjutan asuhan dari fasilitas kesehatan menuju rumah.

Pendekatan berbasis keluarga menempatkan suami, orang tua, mertua, saudara, dan anggota rumah tangga lain sebagai bagian dari sistem dukungan yang terarah. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan emosional melalui pendengaran aktif dan penguatan psikologis, dukungan instrumental melalui pembagian kerja rumah, dukungan informasional melalui pengingat jadwal kontrol, serta dukungan penilaian melalui bantuan dalam memutuskan kapan harus mencari pertolongan profesional. Tinjauan sistematis tentang intervensi dukungan sosial pada ibu postpartum menunjukkan bahwa konseling yang melibatkan laki-laki, kunjungan rumah, dukungan berbasis internet, dan pendekatan keperawatan lanjutan dapat meningkatkan dukungan sosial ibu pada periode postpartum (Sharifipour et al., 2022). Temuan ini

mempertegas bahwa keluarga yang diberi arahan tidak hanya membantu ibu beristirahat, tetapi juga menjadi penghubung awal antara keluhan di rumah dan tindakan kesehatan yang tepat.

Kerangka komunitas memperluas perawatan keluarga dengan melibatkan kader, posyandu, bidan, puskesmas, tokoh masyarakat, dan jejaring rujukan lokal. WHO menegaskan bahwa pengalaman pascanatal yang positif mencakup penerimaan informasi, ketenangan, dan dukungan yang konsisten dari tenaga kesehatan, dengan pengakuan terhadap konteks budaya keluarga dan kebutuhan ibu-bayi (WHO, 2022). Prinsip tersebut sesuai dengan karakter komunitas di Indonesia, karena banyak keputusan nifas dipengaruhi oleh norma keluarga, praktik tradisional, akses transportasi, dan kedekatan dengan kader atau bidan desa. Oleh sebab itu, perawatan nifas yang baik tidak dapat bergantung pada ibu seorang diri. Perawatan perlu dibangun sebagai tanggung jawab kolektif yang memadukan pengetahuan klinis tenaga kesehatan, kedekatan sosial keluarga, serta kemampuan komunitas dalam memantau, mengingatkan, dan memfasilitasi rujukan.

B. Kebutuhan Ibu dan Bayi dalam Empat Puluh Dua Hari Pertama

Kebutuhan ibu nifas mencakup pemantauan perdarahan, tekanan darah, involusi uterus, nyeri, luka jalan lahir atau luka operasi, tanda infeksi, anemia, status menyusui, pemenuhan gizi, istirahat, kesehatan jiwa, dan rencana kontrasepsi pascapersalinan. Komponen tersebut selaras dengan tinjauan tentang fungsi esensial perawatan postnatal yang menempatkan skrining preeklamsia, anemia, kesehatan mental, dukungan menyusui eksklusif, serta pemilihan metode kontrasepsi modern sebagai bagian penting dari paket perawatan ibu setelah melahirkan (McCauley et al., 2022). Dalam pendekatan keluarga, kebutuhan ini diterjemahkan menjadi tindakan sederhana di rumah, seperti memastikan ibu mendapat makanan bergizi, membantu posisi menyusui, menjaga kebersihan area luka, mengamati jumlah perdarahan, dan menanyakan perasaan ibu tanpa menghakimi. Tindakan sederhana tersebut tidak menggantikan pemeriksaan bidan atau dokter, tetapi membuat keluarga lebih peka terhadap perubahan yang membutuhkan konsultasi.

Kebutuhan bayi baru lahir pada masa nifas tidak dapat dipisahkan dari kondisi ibu karena keberhasilan menyusui, kehangatan, kebersihan tali pusat, pemantauan kuning, pemantauan berat badan, imunisasi, dan respons terhadap tanda bahaya sangat bergantung pada perawatan harian di rumah. McCauley et al. (2022) mengidentifikasi perawatan tali pusat, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, skrining kelainan bawaan, serta pemberian vaksinasi awal sebagai fungsi sinyal yang penting dalam asuhan postnatal bayi. Buku KIA juga menempatkan masa enam jam sampai 42 hari setelah bersalin sebagai rentang pemantauan yang perlu

didokumentasikan melalui kunjungan nifas, pemeriksaan ibu, pemeriksaan payudara dan ASI, skrining kesehatan jiwa, konseling, serta tata laksana kasus bila ditemukan masalah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Dengan demikian, keluarga perlu memahami bahwa bayi yang tampak tenang tetap membutuhkan observasi teratur, terutama pada pola menyusu, suhu tubuh, warna kulit, napas, buang air kecil, buang air besar, dan respons terhadap rangsangan.

Jadwal kunjungan nifas membantu keluarga mengubah kepedulian menjadi tindakan yang terencana. Di Indonesia, Buku KIA 2024 memuat kunjungan KF1 pada 6–48 jam, KF2 pada hari ke-3 sampai ke-7, KF3 pada hari ke-8 sampai ke-28, dan KF4 pada hari ke-29 sampai ke-42 setelah persalinan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Jadwal ini penting karena masalah nifas tidak selalu muncul pada hari pertama; sebagian keluhan seperti kesulitan menyusui, tanda infeksi, hipertensi pascapersalinan, kelelahan berat, dan gejala depresi dapat berkembang setelah ibu berada di rumah. Keluarga dapat menggunakan jadwal tersebut sebagai kalender bersama, sedangkan kader atau komunitas dapat membantu pengingat, pendampingan transportasi, dan penguatan pesan kesehatan. Dengan pembagian peran yang jelas, kunjungan nifas tidak dipandang sebagai kewajiban administratif, melainkan sebagai titik pemeriksaan keselamatan ibu dan bayi.

Tabel 1.1 Peta Kebutuhan Perawatan Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

No	Waktu/Kontak	Fokus Ibu dan Bayi	Peran Keluarga dan Komunitas
1	KF 1 6–48 jam	Perdarahan, tekanan darah, nyeri, kontraksi rahim, inisiasi dan posisi menyusui, suhu bayi, napas bayi, serta tanda bahaya awal.	Keluarga mendampingi ibu, memastikan istirahat dan cairan, mencatat keluhan; kader membantu pengingat kontrol dan kontak bidan bila ada risiko.
2	KF 2 Hari 3–7	Luka jalan lahir/operasi, tanda infeksi, payudara dan ASI, kuning pada bayi, tali pusat, pola menyusu, dan adaptasi emosi ibu.	Keluarga membagi tugas rumah, membantu menyusui dan kebersihan; kader memantau kehadiran kunjungan serta mengarahkan ke puskesmas bila ada keluhan.

3	KF 3 Hari 8–28	Pemulihan fisik, kesehatan jiwa, kelelahan, nutrisi, keberlanjutan ASI, pertumbuhan bayi, imunisasi sesuai jadwal, serta konseling keluarga.	Keluarga menguatkan dukungan emosional dan praktis; posyandu/kader membantu pencatatan, edukasi, dan penghubung layanan.
4	KF 4 Hari 29–42	Evaluasi pemulihan, kesiapan aktivitas, kontrasepsi pascapersalinan, keberhasilan menyusui, pemantauan bayi, serta rencana tindak lanjut.	Keluarga memastikan keputusan kesehatan dibuat bersama ibu; tenaga kesehatan memberi konseling lanjut dan rujukan bila masalah belum pulih.

Keterangan: Jadwal KF disesuaikan dari Buku KIA 2024; isi peran dikembangkan penulis berdasarkan pendekatan keluarga-komunitas.

C. Praktik Pendampingan Keluarga di Rumah

Pendampingan keluarga di rumah dimulai dari pembagian peran yang realistis sejak ibu pulang. Satu anggota keluarga dapat bertanggung jawab pada kebutuhan makan dan minum ibu, anggota lain membantu kebersihan rumah, sedangkan pasangan dapat memantau jadwal obat, tanda bahaya, dan waktu kunjungan ke fasilitas kesehatan. Strategi ini penting karena ibu nifas sering menghadapi beban ganda: memulihkan tubuh, belajar menyusui, menjaga bayi, serta menyesuaikan diri dengan perubahan identitas sebagai ibu. Dukungan sosial yang buruk atau tidak memadai dilaporkan berkaitan dengan stres dan depresi postpartum, sedangkan intervensi yang memperkuat dukungan sosial dapat meningkatkan kemampuan ibu menjalankan peran barunya (Sharifipour et al., 2022). Dalam praktik sehari-hari, keluarga perlu menghindari pola pendampingan yang justru menambah tekanan, seperti menyalahkan ibu ketika ASI belum lancar, membandingkan pengalaman persalinan, atau menutup akses ibu kepada layanan kesehatan.

Keluarga juga perlu menjadi penjaga keselamatan dengan mengenali tanda bahaya pada ibu dan bayi. Pada ibu, kewaspadaan perlu diarahkan pada perdarahan banyak, demam, nyeri kepala berat, pandangan kabur, kejang, nyeri dada, sesak napas, nyeri betis, bau tidak sedap dari jalan lahir, luka bernanah, payudara merah dan nyeri, serta keinginan menyakiti diri atau bayi. Pada bayi, keluarga perlu waspada terhadap tidak mau menyusu, napas cepat atau sulit, demam atau suhu tubuh rendah, kuning yang meluas, kejang, tali pusat bernanah, lemas, dan

tangisan yang tidak biasa. WHO (2022) menekankan bahwa ibu, bayi, pasangan, orang tua, pengasuh, dan keluarga membutuhkan informasi serta dukungan yang konsisten agar pengalaman pascanatal menjadi aman dan positif. Karena itu, daftar tanda bahaya sebaiknya ditempel di tempat yang mudah terlihat, disertai nomor bidan, puskesmas, ambulans desa, atau fasilitas rujukan terdekat.

Praktik budaya dalam perawatan nifas perlu disikapi dengan pendekatan dialog, bukan penolakan menyeluruh. Beberapa praktik keluarga dapat mendukung pemulihan, misalnya menyediakan makanan hangat, mengurangi beban pekerjaan ibu, menjaga kebersihan lingkungan, dan mengatur kunjungan tamu agar ibu dapat istirahat. Namun, praktik yang membatasi asupan cairan, menunda pemeriksaan bila ada keluhan, melarang ibu menyusui tanpa alasan medis, atau memberikan ramuan pada bayi tanpa saran tenaga kesehatan perlu dikaji ulang secara hati-hati. Peraturan kesehatan reproduksi yang berlaku menekankan penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi sebagai bagian dari layanan kesehatan yang perlu dipastikan dalam sistem pelayanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Dengan demikian, keluarga dan komunitas sebaiknya menjembatani nilai budaya dengan keselamatan klinis, sehingga tradisi yang bermanfaat dapat dipertahankan dan tradisi berisiko dapat diubah melalui edukasi yang menghormati martabat keluarga.

D. Jejaring Komunitas dan Kontinuitas Layanan Nifas

Komunitas memiliki posisi strategis karena mampu menjangkau ibu yang sudah kembali ke rumah dan mungkin mengalami hambatan transportasi, biaya, izin keluarga, atau rasa malu untuk menyampaikan keluhan. Kader posyandu dapat membantu mengingatkan jadwal KF, mencatat masalah yang perlu ditanyakan kepada bidan, memotivasi ibu untuk membawa Buku KIA, dan menghubungkan keluarga dengan layanan bila ditemukan gejala risiko. Tinjauan Cochrane tentang kunjungan rumah pada periode postpartum awal menunjukkan bahwa perawatan individual sebagai bagian dari paket kunjungan rumah berpotensi memperbaiki skor depresi pada empat bulan, meningkatkan kepuasan ibu terhadap perawatan, serta dapat meningkatkan menyusui eksklusif dan pemanfaatan layanan bayi pada beberapa perbandingan, meskipun kepastian bukti masih bervariasi (Yonemoto et al., 2021). Artinya, komunitas perlu menggunakan kunjungan rumah secara terencana, bukan sekadar kunjungan sosial tanpa tujuan kesehatan.

Keterlibatan komunitas tidak berarti semua kader harus melakukan tindakan klinis. Peran utama kader adalah edukasi, pengingat, dukungan sosial, pencatatan sederhana, dan rujukan dini kepada tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab atas pemeriksaan

klinis, diagnosis, tata laksana, dan keputusan rujukan medis. Pembagian ini penting agar keluarga tidak menunda pertolongan profesional karena merasa cukup dibantu tetangga, sekaligus mencegah kader dibebani tugas di luar kompetensinya. McCauley et al. (2022) menekankan bahwa perawatan postnatal harus memiliki isi layanan yang jelas, bukan hanya jumlah kontak, karena kunjungan tanpa komponen pemeriksaan dan konseling yang tepat dapat menjadi kesempatan yang terlewat. Oleh sebab itu, puskesmas perlu menyediakan alur komunikasi yang mudah dipahami oleh kader dan keluarga, seperti nomor kontak bidan, format catatan masalah, dan prosedur rujukan bila tanda bahaya muncul.

Kontinuitas layanan nifas dapat dibangun melalui tiga jalur komunikasi. Jalur pertama adalah keluarga kepada tenaga kesehatan, yaitu ketika keluarga melaporkan keluhan ibu atau bayi dan meminta arahan. Jalur kedua adalah kader kepada puskesmas atau bidan, yaitu ketika kader menemukan ibu yang tidak hadir kunjungan atau menunjukkan tanda risiko sosial dan kesehatan. Jalur ketiga adalah tenaga kesehatan kepada keluarga, yaitu ketika bidan memberikan rencana tindak lanjut, pesan menyusui, jadwal kontrol, dan kriteria rujukan. Model komunikasi ini sejalan dengan konsep pengalaman pascanatal positif yang menuntut dukungan konsisten, fleksibilitas sistem, dan penghormatan terhadap kebutuhan serta konteks keluarga (WHO, 2022). Bila tiga jalur tersebut berjalan, masa nifas tidak lagi menjadi fase yang tersembunyi di rumah, melainkan menjadi periode pemantauan aktif yang melibatkan keluarga, komunitas, dan layanan kesehatan.

Peta peran pada Tabel 1.1 menunjukkan bahwa asuhan nifas berbasis keluarga dan komunitas memerlukan pembagian tanggung jawab yang saling melengkapi. Keluarga memberikan dukungan harian, kader memperkuat akses komunitas, bidan dan puskesmas memastikan keselamatan klinis, sementara komunitas luas membantu kondisi sosial seperti transportasi, donor darah, dan dukungan darurat. Pembagian peran seperti ini penting karena sebagian masalah nifas bersifat klinis, tetapi pemicunya dapat berupa faktor sosial, misalnya ibu tidak sempat makan karena seluruh perhatian tertuju pada bayi, ibu tidak kontrol karena tidak ada pendamping, atau bayi terlambat diperiksa karena keluarga menganggap keluhan sebagai hal biasa. Dengan pemetaan peran, setiap pihak mengetahui batas dan kontribusinya. Perawatan nifas kemudian berubah dari beban individual ibu menjadi kerja bersama yang lebih aman, manusiawi, dan berkelanjutan.

E. Model Implementasi Asuhan Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

Implementasi perawatan nifas dapat dimulai pada fase persiapan pulang dari fasilitas kesehatan. Tenaga kesehatan perlu mengidentifikasi siapa pendamping utama ibu di rumah, bagaimana akses transportasi keluarga, apakah ibu memiliki riwayat komplikasi, bagaimana kesiapan menyusui, serta siapa yang dapat dihubungi bila terjadi kegawatdaruratan. Informasi ini kemudian diterjemahkan menjadi rencana sederhana yang mudah dibaca keluarga, misalnya jadwal kontrol, tanda bahaya, kontak rujukan, tugas anggota keluarga, dan kebutuhan khusus ibu. WHO (2022) menempatkan dukungan informasi dan penguatan keluarga sebagai bagian dari pengalaman pascanatal positif, sementara Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024) menyediakan Buku KIA sebagai media pemantauan kesehatan ibu dan anak. Kombinasi keduanya dapat menghasilkan rencana pulang yang tidak hanya berisi instruksi medis, tetapi juga strategi pendampingan keluarga.

Tahap berikutnya adalah edukasi keluarga dalam bahasa yang konkret. Tenaga kesehatan dan kader dapat menggunakan kalimat sederhana, demonstrasi, dan pengulangan untuk menjelaskan cara membantu menyusui, menjaga kebersihan, mengenali perdarahan berlebihan, memantau kondisi bayi, serta merespons perubahan emosi ibu. Edukasi perlu diberikan kepada orang yang benar-benar tinggal bersama ibu, bukan hanya kepada ibu, karena keputusan rumah tangga sering diambil oleh pasangan atau anggota keluarga senior. Sharifipour et al. (2022) menunjukkan bahwa intervensi yang melibatkan dukungan sosial, termasuk konseling dengan laki-laki dan kunjungan rumah, dapat memperkuat dukungan ibu postpartum. Dengan demikian, pendidikan nifas sebaiknya tidak berhenti pada pemberian leaflet, melainkan dilanjutkan dengan percakapan yang memastikan keluarga memahami, menyetujui, dan mampu menjalankan peran yang dibutuhkan.

Tahap pemantauan dilakukan sepanjang 42 hari melalui gabungan kunjungan terjadwal, observasi harian, dan komunikasi cepat bila ada keluhan. Pada hari-hari awal, keluarga perlu memastikan ibu tidak sendirian terlalu lama, mendapat cukup cairan dan makanan, dapat menyusui dengan nyaman, serta tidak mengalami perdarahan yang mengkhawatirkan. Pada minggu berikutnya, perhatian dapat diperluas pada pemulihan luka, keberhasilan ASI, pola tidur, emosi ibu, dan kesiapan kontrasepsi. Dennis dan Dowswell (2021) melaporkan bahwa intervensi psikososial dan psikologis, termasuk kunjungan postpartum berbasis profesional dan dukungan sebaya melalui telepon, dapat menurunkan risiko depresi postpartum dibandingkan

perawatan biasa. Oleh karena itu, pemantauan nifas tidak boleh hanya bertanya tentang bayi, tetapi juga harus menanyakan kondisi tubuh, perasaan, dan kebutuhan ibu.

Model implementasi pada Gambar 1.1 menempatkan ibu dan bayi sebagai pusat, keluarga sebagai pendukung harian, kader dan posyandu sebagai pemantau sosial, bidan atau puskesmas sebagai penyedia asuhan klinis, serta rujukan lanjutan sebagai jalur keselamatan. Model ini dapat diterapkan secara sederhana di desa, kelurahan, maupun wilayah perkotaan dengan menyesuaikan sumber daya yang tersedia. Pada wilayah dengan akses sulit, kader dan tokoh masyarakat dapat membantu transportasi dan komunikasi rujukan. Pada wilayah perkotaan, grup komunikasi keluarga, kader, dan bidan dapat membantu pengingat jadwal serta deteksi dini keluhan. Hal terpenting adalah memastikan setiap komponen saling terhubung dan tidak bekerja sendiri-sendiri. Integrasi keluarga dan komunitas menjadi efektif ketika informasi mengalir cepat, keputusan tidak tertunda, dan ibu merasa didukung sebagai manusia utuh, bukan hanya sebagai pengasuh bayi.

Keterangan:
Sumber: Ilustrasi penulis (2026)

Gambar 1.1 Alur Integrasi Perawatan Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

F. Penutup

Perawatan masa nifas berbasis keluarga dan komunitas menegaskan bahwa keselamatan ibu dan bayi tidak selesai pada saat persalinan selesai. Empat puluh dua hari pertama merupakan periode pemulihan, pembelajaran, dan penyesuaian yang membutuhkan dukungan emosional, bantuan praktis, informasi kesehatan, serta akses cepat ke layanan klinis. Keluarga menjadi ruang pertama tempat gejala dikenali dan kebutuhan harian dipenuhi, sedangkan komunitas menjadi jembatan yang membantu keluarga tetap terhubung dengan kader,

posyandu, bidan, puskesmas, dan rujukan. Dengan kerangka tersebut, asuhan nifas tidak hanya berorientasi pada pemeriksaan medis, tetapi juga pada pengalaman pascanatal yang positif, aman, dan bermartabat. Kesimpulan utama dari bab ini adalah bahwa keluarga dan komunitas bukan pelengkap layanan nifas, melainkan bagian dari sistem perawatan yang menentukan keberlanjutan asuhan di rumah.

Rekomendasi praktis dari bab ini adalah perlunya rencana pulang yang melibatkan keluarga, edukasi tanda bahaya yang mudah dipahami, pemetaan peran anggota rumah tangga, penguatan kader dalam pengingat kunjungan dan rujukan dini, serta komunikasi aktif antara keluarga dan tenaga kesehatan. Setiap kunjungan nifas sebaiknya digunakan untuk menilai kondisi ibu dan bayi secara terpadu, termasuk kesehatan mental ibu, keberhasilan menyusui, pemulihan luka, kontrasepsi, dan kesiapan keluarga. Pendekatan ini dapat memperkecil jarak antara layanan kesehatan dan kenyataan hidup ibu di rumah. Apabila keluarga, komunitas, dan tenaga kesehatan bekerja dalam satu alur, masa nifas dapat menjadi masa pemulihan yang lebih aman sekaligus masa penguatan hubungan keluarga, kepercayaan diri ibu, dan kesehatan bayi.

Referensi

Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2021). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(11), CD001134. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_KIA_2024.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi. https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-2-tahun-2025

McCauley, H., Lowe, K., Furtado, N., Mangiaterra, V., & van den Broek, N. (2022). Essential components of postnatal care – a systematic literature review and development of signal functions to guide monitoring and evaluation. BMC Pregnancy and Childbirth, 22, 448. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04752-6

Sharifipour, F., Javadnoori, M., Behboodi Moghadam, Z., Najafian, M., Cheraghian, B., & Abbaspoor, Z. (2022). Interventions to improve social support among postpartum mothers: A systematic review. Health Promotion Perspectives, 12(2), 141–150.

https://doi.org/10.34172/hpp.2022.18

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(7), CD009326. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub4

ISSN 3063-4946

BAB XX

Promosi Air Susu Ibu Eksklusif dan Dukungan Menyusui bagi Ibu Bekerja

Bdn. Nurul Lidya, SST., M.Kes

A. Pendahuluan

Menyusui merupakan intervensi kesehatan masyarakat yang memberi manfaat langsung dan jangka panjang bagi bayi, ibu, keluarga, serta masyarakat. Air susu ibu (ASI) menyediakan zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan bayi dan mengandung komponen bioaktif yang mendukung maturasi saluran cerna, perkembangan sistem imun, serta pertumbuhan otak. Bagi ibu, menyusui berkaitan dengan pemulihan pascapersalinan dan penurunan risiko beberapa penyakit tidak menular di kemudian hari (American Academy of Pediatrics [AAP], 2022; World Health Organization [WHO], 2025).

WHO dan UNICEF merekomendasikan inisiasi menyusu dini, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama, dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI yang adekuat sejak usia enam bulan sambil meneruskan menyusui sampai usia dua tahun atau lebih. Agenda gizi global terbaru menetapkan sasaran agar sedikitnya 60% bayi berusia kurang dari enam bulan menerima ASI eksklusif pada tahun 2030. Secara global, proporsinya diperkirakan mencapai 48% pada 2024, sehingga percepatan dukungan masih diperlukan (WHO & UNICEF, 2025).

Di Indonesia, angka ASI eksklusif pada bayi di bawah enam bulan dilaporkan meningkat dari 52% pada 2017 menjadi 66,4% pada 2024. Peningkatan tersebut merupakan kemajuan, tetapi tidak otomatis menunjukkan bahwa seluruh bayi menerima ASI eksklusif secara lengkap sampai enam bulan. Kesenjangan dukungan masih terlihat pada periode awal pascapersalinan, saat ibu kembaliA. bekerja, pada pekerja sektor informal, dan pada keluarga yang aksesnya terhadap konseling laktasi serta fasilitas penyimpanan ASIP terbatas (UNICEF Indonesia & WHO, 2025).

Kembalinya ibu ke tempat kerja merupakan titik transisi penting. Produksi ASI bergantung pada pengeluaran ASI yang efektif dan teratur; karena itu, jarak yang panjang antara ibu dan bayi, jadwal kerja padat, keterbatasan ruang privat, tidak tersedianya lemari pendingin, serta kekhawatiran dianggap kurang produktif dapat mengganggu keberlanjutan menyusui. Hambatan tersebut bukan sekadar persoalan pengetahuan atau motivasi ibu, melainkan berhubungan dengan desain pekerjaan, norma organisasi, dukungan keluarga, dan kebijakan publik (Vilar-Compte et al., 2021; Litwan et al., 2021).

Bab ini menggunakan pendekatan berbasis sistem. Ibu tetap menjadi pengambil keputusan utama, tetapi tanggung jawab perlindungan dan dukungan dibagi bersama keluarga, tenaga kesehatan, pengasuh, pemberi kerja, komunitas, dan pemerintah. Dengan pendekatan tersebut, promosi ASI tidak berhenti pada pesan "ibu harus menyusui", melainkan diterjemahkan menjadi keterampilan, fasilitas, waktu, perlindungan, dan bantuan profesional yang nyata.

B. Konsep dan Dasar Ilmiah ASI Eksklusif

1. Definisi dan Rekomendasi Pemberian ASI

ASI eksklusif berarti bayi hanya menerima ASI—baik melalui menyusu langsung maupun ASI perah—tanpa makanan atau minuman lain, termasuk air putih, madu, jus, susu formula, atau makanan lumat. Pengecualian diberikan untuk obat, vitamin, mineral, atau larutan rehidrasi oral yang diperlukan. Definisi ini menekankan jenis asupan bayi, bukan cara pemberiannya; dengan demikian, ASIP tetap termasuk ASI eksklusif apabila tidak disertai asupan lain yang tidak diindikasikan (WHO, 2025).

Setelah usia enam bulan, kebutuhan energi dan zat gizi bayi meningkat sehingga diperlukan makanan pendamping ASI yang tepat waktu, cukup, aman, dan responsif, sementara menyusui diteruskan. Rekomendasi durasi dua tahun atau lebih perlu dipahami sebagai arah dukungan, bukan dasar untuk menyalahkan ibu. Keputusan pemberian makan bayi harus mempertimbangkan kondisi klinis ibu dan bayi, keselamatan, preferensi keluarga, serta akses terhadap dukungan yang bermutu.

2. Fisiologi Laktasi dan Komposisi ASI

Laktasi bekerja terutama melalui prinsip permintaan dan pengeluaran. Isapan bayi atau pemerahan yang efektif merangsang pelepasan prolaktin untuk produksi ASI dan oksitosin untuk refleks pengeluaran ASI. Frekuensi dan efektivitas pengosongan payudara lebih berpengaruh terhadap pemeliharaan produksi dibandingkan upaya "menunggu payudara penuh". Stres, nyeri, kelelahan, atau lingkungan yang tidak privat

dapat menghambat refleks pengeluaran ASI sementara, tetapi tidak selalu berarti produksi ASI benar-benar tidak mencukupi.

a. Tahapan Laktasi

Pada hari-hari pertama, payudara menghasilkan kolostrum yang volumenya relatif kecil tetapi kaya imunoglobulin, laktoferin, leukosit, faktor pertumbuhan, dan vitamin A. Kolostrum sesuai dengan kapasitas lambung bayi baru lahir dan berperan sebagai perlindungan imunologis awal. Sekitar hari kelima sampai minggu kedua, ASI memasuki fase transisi, ditandai peningkatan volume, laktosa, lemak, dan energi. Setelah itu terbentuk ASI matur dengan komposisi yang tetap dinamis menurut usia bayi, waktu dalam satu sesi menyusu, waktu sepanjang hari, serta kondisi ibu dan bayi (Ballard & Morrow, 2013; WHO, 2025).

b. Komponen Gizi dan Bioaktif

Karbohidrat utama ASI adalah laktosa yang menyediakan energi dan mendukung penyerapan mineral. Lemak menyumbang proporsi besar energi dan mengandung asam lemak penting bagi perkembangan retina dan sistem saraf. Protein ASI relatif mudah dicerna dan mencakup protein nutrisi maupun protein pertahanan. Selain zat gizi makro, ASI mengandung human milk oligosaccharides (HMOs), imunoglobulin A sekretori, laktoferin, lisozim, sitokin, hormon, enzim, mikroRNA, serta sel imun hidup. Kombinasi tersebut menjadikan ASI bukan sekadar makanan, tetapi cairan biologis hidup yang berinteraksi dengan mikrobiota dan sistem imun bayi.

c. Regulasi Produksi ASI dan Tanda Kecukupan Asupan

Produksi ASI berlangsung melalui mekanisme supply and demand: semakin efektif dan teratur ASI dikeluarkan, semakin kuat rangsangan untuk mempertahankan produksi. Prolaktin terutama berperan dalam sintesis ASI, sedangkan oksitosin memicu refleks pengeluaran ASI. Jeda yang terlalu panjang, perlekatan yang kurang efektif, nyeri, stres, atau penggunaan pompa yang tidak sesuai dapat menurunkan efektivitas pengeluaran ASI. Namun, satu kali sesi pemerahan yang menghasilkan volume sedikit tidak selalu menunjukkan produksi ASI rendah, karena volume dipengaruhi waktu pemerahan, jarak dari sesi sebelumnya, refleks pengeluaran, ukuran corong, jenis pompa, dan variasi normal antarindividu (WHO, 2025).

Penilaian kecukupan ASI perlu berfokus pada kondisi bayi dan proses transfer ASI, bukan hanya pada sensasi payudara atau jumlah yang terlihat di botol. Indikator yang perlu dinilai meliputi frekuensi menyusu, pola buang air kecil dan buang air besar sesuai usia, tanda bayi aktif dan puas setelah sebagian besar sesi menyusu, serta pertumbuhan menurut kurva pertumbuhan. Penurunan berat badan berlebihan pada awal kehidupan, kenaikan berat badan yang tidak memadai, tanda dehidrasi, bayi sangat mengantuk dan sulit dibangunkan untuk menyusu, atau jumlah urin yang berkurang memerlukan evaluasi tenaga kesehatan (WHO, 2024, 2025).

Bagi ibu bekerja, target utama bukan membangun stok ASIP sebanyak mungkin, melainkan menjaga pengeluaran ASI mendekati kebutuhan bayi dan menyediakan cadangan yang realistis. Pengejaran stok secara berlebihan dapat meningkatkan beban psikologis, memicu pemerahan berlebih, dan pada sebagian ibu berkontribusi terhadap hiperlaktasi. Rencana yang lebih aman adalah menilai pola minum bayi, menyiapkan porsi kecil, menggunakan stok secara bergilir, serta mengevaluasi kenyamanan payudara dan pertumbuhan bayi bersama tenaga kesehatan.

3. Manfaat ASI Eksklusif

Bagi bayi, ASI mendukung pemenuhan gizi awal, perkembangan neurologis, pembentukan mikrobiota, serta perlindungan terhadap infeksi saluran cerna dan saluran napas. Hubungan antara menyusui dan luaran kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, sehingga manfaat perlu dikomunikasikan secara akurat tanpa menjanjikan perlindungan absolut. Bagi ibu, menyusui membantu kontraksi uterus pada masa awal nifas dan dalam jangka panjang berkaitan dengan penurunan risiko kanker payudara, kanker ovarium, diabetes melitus tipe 2, dan hipertensi (AAP, 2022).

Manfaat juga meluas ke keluarga dan tempat kerja. ASI dapat mengurangi pengeluaran untuk pengganti ASI dan menurunkan beban perawatan ketika bayi sakit. Bagi organisasi, program dukungan menyusui dapat mendukung retensi pekerja, kepuasan kerja, dan citra tempat kerja ramah keluarga. Namun, manfaat institusional tidak boleh digunakan untuk menekan ibu; kebijakan harus tetap menghormati pilihan yang diinformasikan dan kondisi masing-masing keluarga.

4. Manfaat Ekonomi, Lingkungan, dan Kesetaraan

Manfaat menyusui tidak berhenti pada hasil klinis. Pada tingkat rumah tangga, menyusui dapat mengurangi kebutuhan pembelian pengganti ASI dan menekan pengeluaran yang berkaitan dengan penyakit bayi. Pada tingkat sistem kesehatan, penurunan kejadian infeksi dan penyakit tertentu berpotensi mengurangi pemanfaatan layanan kesehatan. Meski demikian, manfaat ekonomi tidak boleh digunakan untuk membebankan tanggung jawab kepada ibu. Biaya waktu, energi, peralatan pemerahan, penyimpanan, transportasi, dan kesempatan kerja juga perlu diakui sebagai bagian dari ekonomi perawatan (care economy) (Pérez-Escamilla et al., 2023; WHO & UNICEF, 2025).

Dari perspektif lingkungan, menyusui tidak membutuhkan proses manufaktur, kemasan sekali pakai, distribusi jarak jauh, dan energi persiapan sebagaimana produk komersial. Karena itu, promosi menyusui dapat menjadi bagian dari agenda kesehatan berkelanjutan. Namun, narasi lingkungan harus tetap sensitif: keluarga yang menggunakan pengganti ASI atas indikasi medis atau keputusan yang telah diinformasikan tidak boleh distigma. Promosi kesehatan yang etis menyampaikan manfaat, melindungi masyarakat dari pemasaran yang menyesatkan, dan tetap memastikan setiap bayi memperoleh makanan yang aman serta memadai.

Kesetaraan menjadi dimensi penting karena kesempatan untuk menyusui tidak terdistribusi secara merata. Ibu dengan pekerjaan formal, pendapatan lebih tinggi, jadwal fleksibel, dan akses konseling sering memiliki pilihan yang lebih luas daripada pekerja harian, pekerja rumah tangga, pedagang, petani, pekerja lapangan, dan pekerja dengan sistem kontrak. Oleh sebab itu, capaian ASI eksklusif perlu dibaca bersama indikator akses: siapa yang memperoleh cuti, siapa yang memiliki waktu memerah, siapa yang dapat menggunakan ruang laktasi, dan siapa yang tertinggal. Target global terbaru mendorong peningkatan ASI eksklusif menjadi 60% pada 2030, tetapi pencapaiannya memerlukan investasi pada sistem dukungan, bukan hanya kampanye kepada ibu (WHO & UNICEF, 2025).

C. Determinan dan Tantangan Ibu Bekerja

Ibu bekerja bukan kelompok yang seragam. Pengalaman menyusui dipengaruhi oleh jenis pekerjaan, status formal atau informal, lama perjalanan, pola kerja bergilir, masa cuti, kondisi kesehatan, usia bayi saat ibu kembali bekerja, fasilitas penitipan, dukungan atasan, serta kendali

ibu terhadap waktu kerja. Karena itu, intervensi yang efektif harus dimulai dengan asesmen kebutuhan individual dan lingkungan, bukan dengan satu paket saran yang sama untuk semua ibu.

1. Faktor Individual dan Klinis

Hambatan individual dapat berupa kelelahan, nyeri puting, bendungan ASI, mastitis, persepsi ASI tidak cukup, kesulitan perlekatan, penggunaan pompa yang tidak sesuai, atau kecemasan saat kembali bekerja. Persepsi kemampuan diri dalam menyusui atau breastfeeding self-efficacy berkaitan dengan inisiasi dan keberlanjutan ASI eksklusif. Namun, peningkatan kepercayaan diri harus disertai keterampilan dan dukungan nyata; pesan motivasional tanpa penyelesaian hambatan struktural dapat menambah rasa bersalah (Saavedra Sánchez et al., 2024).

Tenaga kesehatan perlu membedakan antara persepsi ASI kurang dan masalah asupan yang benar-benar memerlukan evaluasi. Tanda kecukupan tidak dinilai hanya dari sensasi payudara atau volume sekali perah, melainkan dari pola menyusu, keluaran urin dan feses sesuai usia, kondisi klinis, serta pertumbuhan bayi. Nyeri berat, demam, payudara merah meluas, bayi sangat mengantuk atau sulit minum, penurunan berat badan yang tidak sesuai, dan jumlah urin yang kurang memerlukan penilaian profesional.

2. Dukungan Keluarga dan Pengasuh

Keluarga memengaruhi keputusan pemberian makan, beban domestik, waktu istirahat, serta keyakinan ibu. Dukungan pasangan yang dirancang secara aktif—misalnya pendidikan bersama, bantuan praktis, komunikasi positif, dan keterlibatan dalam perawatan bayi—dapat meningkatkan keberhasilan menyusui. Meta-analisis tahun 2024 menunjukkan bahwa intervensi dukungan ayah meningkatkan peluang ASI eksklusif pada beberapa titik waktu pascapersalinan (Zhou et al., 2024).

Pengasuh bayi perlu dilibatkan sebelum ibu kembali bekerja. Kesepakatan mencakup cara menyimpan, memilih wadah berdasarkan tanggal, mencairkan, menghangatkan, dan memberikan ASIP; tanda lapar dan kenyang; serta prosedur bila bayi menolak minum atau ASIP habis. Pelatihan sederhana dan praktik langsung mengurangi risiko ASIP terbuang atau ditangani tidak sesuai.

3. Faktor Organisasi dan Struktural

Di tempat kerja, hambatan paling umum meliputi tidak adanya ruang privat, waktu memerah yang tidak jelas, jarak menuju ruang laktasi, fasilitas yang tidak terawat, lemari pendingin yang tidak aman, beban target, dan sikap negatif atasan atau rekan kerja. Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa ruang laktasi, waktu memerah, serta kebijakan organisasi merupakan strategi inti untuk meningkatkan durasi menyusui dan mencegah pengenalan dini pengganti ASI (Vilar-Compte et al., 2021).

Efektivitas fasilitas bergantung pada tiga mekanisme: pekerja mengetahui fasilitas dan hak yang tersedia; budaya dan dukungan manajerial berubah; serta ibu benar-benar memperoleh waktu yang cukup untuk menggunakan fasilitas. Ruang laktasi yang baik tetapi selalu terkunci, terlalu jauh, atau hanya dapat digunakan setelah izin berlapis tidak akan efektif (Litwan et al., 2021).

4. Kesenjangan Akses

Pekerja informal, pekerja harian, pekerja lapangan, tenaga dengan sistem bergilir, dan ibu yang bekerja pada usaha kecil sering tidak memiliki ruang laktasi atau perlindungan waktu yang setara. Solusi harus fleksibel, misalnya area privat portabel, jadwal bergantian, akses ke fasilitas bersama, penyimpanan dengan cooler bag, serta konseling melalui layanan primer atau media daring. Program juga perlu mempertimbangkan disabilitas, bahasa, tingkat literasi, keamanan perjalanan, dan keterbatasan biaya.

Tabel 1. Tantangan Menyusui pada Ibu Bekerja dan Respons yang Disarankan

Tantangan	Dampak	Respons yang disarankan
Waktu kerja padat atau jadwal bergilir	Jeda pemerahan terlalu panjang, nyeri, dan produksi dapat menurun.	Susun jadwal fleksibel mendekati pola minum bayi; komunikasikan dengan atasan dan siapkan rencana cadangan.
Ruang laktasi tidak tersedia atau tidak layak	Ibu menunda memerah, tidak nyaman, atau menggunakan toilet.	Sediakan ruang privat, bersih, aman, mudah diakses, dan bukan toilet; gunakan solusi portabel bila ruang permanen belum tersedia.
Penyimpanan dan transportasi tidak memadai	Rantai dingin tidak terjaga dan ASIP berisiko terbuang.	Gunakan lemari pendingin yang sesuai atau cooler bag dengan ice pack; beri label dan batasi waktu perjalanan.

Tantangan	Dampak	Respons yang disarankan
Dukungan atasan atau rekan kerja rendah	Ibu takut dianggap tidak produktif dan enggan menggunakan hak.	Sosialisasi kebijakan, pelatihan supervisor, serta larangan stigma dan diskriminasi.
Stres, kelelahan, atau masalah laktasi	Refleks pengeluaran ASI terganggu dan ibu mempertimbangkan berhenti.	Kurangi beban, optimalkan istirahat, koreksi teknik, dan akses konselor laktasi.
Pengasuh belum memahami ASIP	Kesalahan pencairan, penghangatan, atau pemberian; ASIP terbuang.	Lakukan simulasi sebelum ibu bekerja dan gunakan panduan tertulis sederhana.
Pekerjaan lapangan atau sektor informal	Akses fasilitas dan waktu sangat terbatas.	Sediakan solusi bergerak, fasilitas bersama, jadwal adaptif, dan dukungan layanan primer.

Sumber: Disusun penulis berdasarkan Vilar-Compte et al. (2021), Litwan et al. (2021), dan kebutuhan praktis ibu bekerja

5. Transisi Kembali Bekerja sebagai Periode Kritis

Kembali bekerja merupakan periode transisi yang memerlukan penyesuaian biologis, emosional, dan organisasi. Perubahan pola menyusu langsung menjadi kombinasi menyusu dan memerah dapat mengubah ritme pengeluaran ASI. Pada saat yang sama, ibu perlu menyesuaikan diri dengan perjalanan, target pekerjaan, pola tidur, pengasuhan bayi, dan kekhawatiran mengenai kecukupan ASIP. Hambatan biasanya menjadi lebih berat apabila komunikasi dengan atasan baru dilakukan pada hari pertama bekerja atau apabila pengasuh belum pernah berlatih menangani ASIP.

Perencanaan sebaiknya dimulai secara bertahap. Beberapa minggu sebelum kembali bekerja, ibu dapat mempelajari pemerahan manual atau pompa, mencoba ukuran corong yang nyaman, mengenali respons payudara, dan melatih pengasuh menggunakan ASIP dalam porsi kecil. Ibu juga perlu mengetahui lokasi ruang laktasi, akses listrik dan air, lemari pendingin, jarak dari area kerja, serta mekanisme meminta waktu memerah. Rencana tersebut perlu realistis dan disesuaikan dengan usia bayi, jam kerja, waktu perjalanan, serta kesempatan menyusui langsung sebelum dan setelah bekerja.

Pada minggu pertama kembali bekerja, tujuan utama adalah membentuk ritme yang dapat dipertahankan, bukan mencapai jadwal yang sempurna. Sesi pemerahan dapat

disesuaikan berdasarkan kenyamanan payudara, pola minum bayi, dan hasil evaluasi. Bila terjadi kebocoran, rasa penuh, atau volume berubah, ibu dapat meninjau kembali jarak sesi, teknik, tingkat stres, dan kondisi alat. Perubahan kecil selama beberapa hari merupakan hal yang umum; yang lebih penting adalah mencegah nyeri menetap, penumpukan ASI, atau penurunan asupan bayi.

Tempat kerja perlu menyediakan mekanisme adaptasi selama masa transisi, misalnya fleksibilitas jadwal sementara, pengaturan beban kerja, kesempatan orientasi ruang laktasi, dan kontak penanggung jawab. UNICEF (2025) menekankan bahwa strategi tempat kerja perlu disesuaikan dengan karakter sektor—kantor, pabrik, pertanian, maupun layanan—karena hambatan dan solusi praktisnya tidak selalu sama.

6. Kesehatan Mental, Stres, dan Pengambilan Keputusan yang Bebas Stigma

Kelelahan, kurang tidur, tuntutan pekerjaan, tekanan keluarga, serta kekhawatiran mengenai produksi ASI dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis ibu. Stres tidak selalu menghentikan produksi ASI, tetapi dapat mengganggu refleks pengeluaran, memperburuk persepsi ASI kurang, dan membuat proses memerah terasa lebih sulit. Dukungan yang efektif perlu memvalidasi pengalaman ibu, membantu menyederhanakan rutinitas, serta menghindari pesan yang menimbulkan rasa bersalah.

Konseling menyusui perlu terintegrasi dengan skrining kesehatan mental perinatal. Tanda seperti kesedihan menetap, kecemasan berat, kehilangan minat, gangguan fungsi, pikiran menyakiti diri, atau ketakutan berlebihan terhadap keselamatan bayi memerlukan penilaian profesional. Rencana pemberian makan bayi harus disusun bersama ibu dengan mempertimbangkan keselamatan, kesehatan mental, kondisi klinis, dan sumber daya keluarga. Dukungan menyusui yang baik tidak memaksakan satu pilihan, tetapi membantu ibu mencapai tujuan yang aman dan bermakna.

Bahasa komunikasi perlu berpusat pada ibu dan bayi. Ungkapan seperti "gagal menyusui" sebaiknya dihindari. Tenaga kesehatan dapat menggunakan pertanyaan terbuka: "Apa tujuan Ibu?", "Bagian mana yang paling sulit?", dan "Dukungan apa yang paling mungkin dilakukan di rumah dan di tempat kerja?". Pendekatan ini memperkuat breastfeeding self-efficacy tanpa mengabaikan hambatan struktural.

D. Manajemen ASI Perah pada Ibu Bekerja

Manajemen ASIP bertujuan mempertahankan produksi, menjaga keamanan dan mutu ASI, serta memastikan bayi memperoleh asupan ketika ibu tidak bersama bayi. Persiapan sebaiknya dilakukan bertahap sebelum hari pertama bekerja, agar ibu dapat mengenali respons tubuh terhadap pemerahan, memilih alat yang nyaman, membangun koordinasi dengan pengasuh, dan menilai kebutuhan penyimpanan. Stok ASIP yang sangat banyak tidak selalu diperlukan; fokus utama adalah pemerahan teratur dan sistem pengelolaan yang dapat dijalankan secara konsisten.

1. Persiapan Sebelum Kembali Bekerja

Persiapan ideal mencakup pembahasan rencana kerja, kunjungan ke ruang laktasi, penentuan tempat penyimpanan, pengukuran lama perjalanan, dan latihan memerah. Ibu dapat mulai berlatih beberapa minggu sebelum bekerja tanpa mengejar target volume tertentu. Volume hasil perah bervariasi menurut waktu, teknik, jenis pompa, ukuran corong, dan seberapa baru bayi menyusu; volume sedikit pada satu sesi tidak otomatis berarti produksi tidak cukup.

2. Pemerahan, Higiene, dan Pelabelan

Sebelum memerah atau menangani ASIP, ibu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Wadah yang digunakan harus bersih, kering, tertutup, dan aman untuk pangan; wadah kaca atau plastik bebas BPA yang dirancang untuk penyimpanan ASI dapat digunakan. Untuk bayi cukup bulan yang sehat, fokus utamanya adalah kebersihan alat dan wadah; kebutuhan sterilisasi khusus mengikuti usia, kondisi klinis bayi, serta arahan tenaga kesehatan atau fasilitas pelayanan.

Pemerahan dapat dilakukan secara manual atau menggunakan pompa. Corong pompa seharusnya tidak menimbulkan gesekan berlebihan atau nyeri. Jadwal praktis biasanya mendekati frekuensi minum bayi—sering kali setiap dua sampai tiga jam selama terpisah—tetapi perlu disesuaikan dengan usia bayi, lama kerja, kapasitas penyimpanan ibu, dan respons payudara. Setiap wadah diberi nama bila diperlukan, tanggal, dan waktu pemerahan. Untuk penggunaan di rumah, gunakan ASIP yang lebih lama terlebih dahulu selama masih berada dalam batas aman.

3. Penyimpanan dan Transportasi

Panduan penyimpanan berbeda menurut suhu, kebersihan, fluktuasi suhu, dan kondisi bayi. Tabel berikut menggunakan rekomendasi Centers for Disease Control and

Prevention yang diperbarui pada 25 Maret 2026 untuk ASI perah pada bayi cukup bulan yang sehat. Bayi prematur, sakit, dirawat, atau memiliki kondisi khusus memerlukan protokol fasilitas atau arahan klinis yang dapat lebih ketat (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2026).

Tabel 2. Panduan Penyimpanan dan Penggunaan Air Susu Ibu Perah

Kondisi	Suhu	Batas waktu	Catatan
ASIP baru pada suhu ruang	≤25 °C	Maksimal 4 jam	Lebih singkat bila ruangan panas atau wadah sering terbuka.
ASIP baru di lemari pendingin	Sekitar 4 °C	Maksimal 4 hari	Letakkan di bagian dalam, bukan pintu lemari pendingin.
ASIP baru di freezer	Sekitar −18 °C atau lebih rendah	Sekitar 6 bulan terbaik; sampai 12 bulan masih dapat diterima	Simpan dalam porsi sesuai kebutuhan dan sisakan ruang untuk pemuaian.
Dalam cooler bag dengan ice pack beku	Suhu dingin terjaga	Maksimal 24 jam	Setelah tiba, gunakan, masukkan lemari pendingin, atau bekukan sesuai kondisi.
ASIP beku yang telah cair di lemari pendingin	≤4 °C	Gunakan dalam 24 jam setelah seluruhnya mencair	Jangan dihitung sejak mulai dipindahkan dari freezer.
ASIP yang telah dihangatkan atau mencapai suhu ruang	Suhu pemberian	Gunakan dalam 2 jam	Jangan dibekukan kembali.
Sisa ASIP setelah bayi minum	Suhu pemberian	Gunakan dalam 2 jam, lalu buang	Kontaminasi dari mulut bayi dapat meningkat seiring waktu.

Sumber: CDC (2026). Batas berlaku sebagai panduan umum bagi bayi cukup bulan yang sehat.

4. Pencairan, Penghangatan, dan Pemberian

ASIP beku paling aman dicairkan perlahan di lemari pendingin. Bila diperlukan lebih cepat, wadah dapat dialiri atau direndam dalam air hangat. ASIP tidak dipanaskan dengan microwave atau direbus karena pemanasan dapat tidak merata, menimbulkan titik panas, dan merusak sebagian komponen biologis. Lemak yang terpisah dapat dicampur kembali dengan memutar wadah perlahan; perubahan warna, aroma, atau lapisan tidak selalu berarti ASIP rusak, tetapi kondisi penyimpanan tetap harus diperiksa.

Pemberian ASIP dilakukan secara responsif dengan memperhatikan tanda lapar dan kenyang. Bayi tidak harus menghabiskan satu wadah. Porsi kecil, misalnya 60–120 mL sesuai kebutuhan individual, dapat mengurangi pemborosan. Metode pemberian—

botol, cangkir, sendok, atau cara lain—dipilih bersama tenaga kesehatan dengan mempertimbangkan usia dan kemampuan bayi, keselamatan, serta keterampilan pengasuh.

5. Mempertahankan Produksi dan Mencari Bantuan

Produksi ASI dipertahankan melalui pengeluaran ASI yang cukup sering dan efektif, perlekatan atau teknik pemerahan yang baik, serta penanganan masalah secara dini. Ibu dapat menyusui langsung sebelum berangkat, segera setelah bertemu bayi, malam hari sesuai kebutuhan, dan memerah selama terpisah. Asupan makanan seimbang, cairan sesuai rasa haus, dan istirahat mendukung kesehatan ibu, tetapi tidak menggantikan prinsip pengeluaran ASI.

Bantuan profesional diperlukan bila ibu mengalami nyeri yang menetap, luka puting, demam, payudara merah dan nyeri, benjolan yang tidak membaik, atau penurunan produksi yang nyata. Bayi perlu dinilai bila sulit dibangunkan untuk minum, tampak lemah, muntah berulang, tanda dehidrasi, jumlah urin berkurang, atau pertumbuhan tidak sesuai. Intervensi konsultan laktasi terbukti menurunkan risiko penghentian ASI eksklusif dan memperpanjang durasi menyusui, terutama ketika diberikan lebih awal dan cukup intensif (D'Hollander et al., 2025).

6. Penanganan Awal Masalah Laktasi yang Sering Terjadi

a. Payudara Penuh dan Bendungan ASI

Rasa penuh dapat muncul ketika produksi dan pengeluaran ASI belum seimbang, terutama pada awal laktasi atau setelah jeda pemerahan yang panjang. Bendungan ditandai payudara tegang, nyeri, dan kadang perlekatan bayi menjadi sulit karena areola kencang. Penanganan awal berfokus pada pengeluaran ASI secara fisiologis sesuai kebutuhan bayi, perlekatan yang baik, kompres dingin setelah menyusui atau memerah untuk mengurangi bengkak, dan analgesik yang sesuai berdasarkan penilaian klinis. Pemerahan agresif untuk "mengosongkan" payudara dapat memperkuat produksi berlebih dan memperpanjang masalah.

Bagi ibu bekerja, pencegahan dilakukan dengan mengurangi jeda yang terlalu panjang, memastikan pompa bekerja baik, dan menyediakan rencana cadangan bila ruang laktasi tidak dapat digunakan. Apabila payudara sangat nyeri, kemerahan meluas, demam, atau kondisi memburuk, ibu perlu memperoleh evaluasi tenaga kesehatan.

b. Nyeri Puting dan Trauma

Nyeri puting tidak boleh dianggap sebagai bagian normal yang harus ditahan. Penyebabnya dapat berupa perlekatan kurang dalam, posisi yang tidak stabil, ukuran corong pompa tidak sesuai, tekanan vakum terlalu tinggi, dermatitis, infeksi, vasospasme, atau kondisi oral bayi. Penanganan yang efektif dimulai dari observasi proses menyusu atau memerah dan koreksi penyebab. Penggunaan berbagai krim tanpa diagnosis dapat menunda penanganan yang tepat. Tinjauan sistematis terbaru menunjukkan bukti intervensi nonfarmakologis untuk nyeri puting masih beragam, sehingga evaluasi individual tetap penting (Nozimoto et al., 2024).

Pada pengguna pompa, puting seharusnya bergerak bebas di terowongan corong tanpa gesekan berlebihan. Rasa tertarik ringan dapat terjadi, tetapi nyeri tajam, luka, perubahan warna menetap, atau perdarahan perlu dievaluasi. Menurunkan tingkat vakum, memeriksa posisi corong, dan mengganti ukuran dapat membantu, tetapi nyeri yang menetap memerlukan bantuan tenaga kompeten.

c. Spektrum Mastitis

Pemahaman mastitis telah berkembang dari konsep "saluran tersumbat" menjadi spektrum inflamasi yang dapat meliputi penyempitan duktus, mastitis inflamatorik, mastitis bakterial, flegmon, galaktokel terinfeksi, dan abses. Rekomendasi terkini menekankan pengeluaran ASI sesuai pola fisiologis, menghindari pijat dalam dan keras, menghindari pemerahan berlebihan, menggunakan kompres dingin untuk inflamasi, serta memperoleh penilaian klinis untuk menentukan kebutuhan antibiotik atau pencitraan (Mitchell et al., 2022).

Ibu umumnya tetap dapat menyusui atau memerah dari payudara yang terdampak sesuai kenyamanan, kecuali tenaga kesehatan memberikan instruksi khusus. Demam tinggi, gejala sistemik berat, kemerahan yang meluas, nyeri memburuk, benjolan menetap, atau tidak ada perbaikan memerlukan evaluasi segera. Program tempat kerja perlu memungkinkan ibu memperoleh layanan tanpa takut kehilangan pekerjaan atau dinilai tidak produktif.

d. Persepsi Produksi ASI Menurun

Persepsi produksi menurun sering muncul ketika payudara terasa lebih lunak, bayi lebih sering menyusu, atau volume pompa berubah. Kondisi tersebut tidak selalu menandakan penurunan produksi. Evaluasi mencakup pola pertumbuhan bayi, jumlah sesi pengeluaran ASI, perubahan jadwal kerja, kondisi pompa dan komponennya, penggunaan obat tertentu, menstruasi, penyakit ibu, serta kecukupan istirahat dan asupan. Memerah lebih sering untuk waktu terbatas dapat membantu

sebagian ibu, tetapi strategi harus disesuaikan agar tidak menimbulkan kelelahan atau hiperlaktasi.

Bukti terbaru menunjukkan dukungan konsultan laktasi dapat memperbaiki keberlanjutan menyusui, meskipun hasil bergantung pada waktu, intensitas, dan akses layanan. Meta-analisis tahun 2025 menemukan intervensi konsultan laktasi menurunkan risiko penghentian ASI eksklusif maupun menyusui secara keseluruhan dan memperpanjang durasi menyusui dibandingkan perawatan biasa (D'Hollander et al., 2025). Oleh karena itu, rujukan lebih dini lebih bermanfaat daripada menunggu sampai ibu hampir menghentikan menyusui.

7. Obat, Suplemen, dan Keamanan Menyusui

Kebutuhan obat pada ibu menyusui harus dinilai berdasarkan jenis obat, dosis, waktu pemberian, usia dan kondisi bayi, proporsi obat yang masuk ke ASI, serta ketersediaan alternatif. Banyak obat dapat digunakan selama menyusui, sehingga penghentian ASI secara otomatis sering tidak diperlukan. Keputusan perlu dibuat bersama dokter dan apoteker dengan menggunakan sumber khusus laktasi, bukan hanya informasi umum pada kemasan.

LactMed menyediakan informasi berbasis literatur mengenai kadar obat dalam ASI dan darah bayi, potensi efek samping, serta alternatif yang dapat dipertimbangkan. Basis data tersebut diperbarui secara berkala dan ditelaah oleh panel sejawat. Ibu sebaiknya tidak menghentikan obat yang dibutuhkan atau membuang ASI tanpa rekomendasi profesional, karena penghentian terapi maupun menyusui dapat menimbulkan risiko tersendiri (National Institute of Child Health and Human Development, 2026).

Produk herbal dan suplemen pelancar ASI juga memerlukan kehati-hatian. Klaim "alami" tidak selalu berarti aman atau efektif; kandungan, dosis, interaksi, dan mutu produk dapat bervariasi. Prioritas pertama tetap memperbaiki frekuensi dan efektivitas pengeluaran ASI, menangani penyebab klinis, dan memperkuat dukungan. Penggunaan galaktagog hanya dipertimbangkan setelah evaluasi menyeluruh oleh tenaga kesehatan.

E. Strategi Promosi dan Dukungan Menyusui

1. Pendekatan Sosioekologis dan Berpusat pada Keluarga

Promosi ASI bagi ibu bekerja perlu menggunakan pendekatan sosioekologis, yaitu intervensi yang berjalan bersamaan pada tingkat individu, keluarga, pelayanan kesehatan, tempat kerja, komunitas, dan kebijakan. Edukasi individual meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, tetapi tidak cukup apabila ibu tidak memiliki waktu

memerah, ruang privat, atau perlindungan dari stigma. Sebaliknya, fasilitas tanpa konseling juga dapat tidak optimal karena ibu belum memahami teknik, jadwal, atau penanganan ASIP.

Pendekatan berpusat pada keluarga menempatkan tujuan ibu sebagai dasar rencana. Tenaga kesehatan perlu mendengarkan pengalaman, menjelaskan pilihan dengan bahasa netral, dan menyusun langkah yang realistis. Ketika ASI eksklusif tidak dapat dipertahankan karena alasan klinis atau sosial, ibu tetap berhak memperoleh dukungan aman dan tidak menghakimi. Promosi kesehatan yang etis menghindari rasa bersalah serta membedakan dukungan menyusui dari tekanan untuk mencapai target.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, emosional, informasional, dan penilaian positif. Bantuan instrumental berupa pembagian pekerjaan rumah, menyiapkan makanan, mencuci komponen pompa, mengelola wadah, serta mengantar ASIP. Dukungan emosional berupa mendengarkan, menguatkan usaha ibu, dan menghindari komentar yang meremehkan. Dukungan informasional berarti keluarga menggunakan sumber tepercaya dan bersedia berkonsultasi ketika muncul masalah.

Pasangan dan pengasuh perlu mengikuti edukasi bersama. Dengan pengetahuan yang sama, keluarga dapat mencegah pemberian tambahan tanpa indikasi, salah penanganan ASIP, atau konflik ketika bayi menangis. Intervensi dukungan ayah memiliki efek positif terhadap ASI eksklusif, sehingga kelas antenatal dan konseling nifas sebaiknya tidak hanya menargetkan ibu (Zhou et al., 2024).

3. Peran Tenaga Kesehatan

Dukungan tenaga kesehatan dilaksanakan sebagai continuum of care sejak kehamilan, persalinan, nifas, sampai ibu kembali bekerja. Pada masa antenatal, edukasi mencakup rekomendasi ASI, tanda kecukupan, teknik dasar, perencanaan kerja, dan pemetaan dukungan. Pada persalinan dan nifas, tenaga kesehatan memfasilitasi inisiasi menyusu dini bila kondisi memungkinkan, membantu posisi dan perlekatan, serta mencegah pemberian tambahan yang tidak diindikasikan.

Menjelang kembali bekerja, konseling difokuskan pada pemerahan, ukuran corong, kebersihan alat, penyimpanan, transportasi, jadwal, dan komunikasi dengan tempat kerja. Tindak lanjut dapat dilakukan melalui kunjungan, telekonseling, atau kelompok dukungan. Rujukan kepada konselor laktasi diperlukan untuk masalah kompleks,

sedangkan bayi dengan tanda gangguan asupan atau pertumbuhan harus menjalani penilaian klinis.

4. Dukungan Tempat Kerja

Tempat kerja ramah menyusui adalah sistem yang memadukan kebijakan tertulis, fasilitas, waktu, budaya, dan evaluasi. Ruang laktasi harus privat, bersih, aman, nyaman, mudah diakses, dan bukan toilet. Perlengkapan minimum mencakup kursi, meja, sumber listrik bila diperlukan, akses cuci tangan atau air, serta sarana penyimpanan yang aman. Jadwal memerah disepakati secara fleksibel dan tidak boleh menjadi dasar penilaian negatif terhadap produktivitas atau komitmen pekerja.

Supervisor berperan penting karena kebijakan formal sering diterjemahkan melalui keputusan harian. Pelatihan singkat bagi supervisor dan rekan kerja perlu menjelaskan tujuan program, mekanisme penggunaan ruang, pengaturan beban kerja, kerahasiaan, serta larangan stigma. Standar ILO dalam Konvensi Perlindungan Maternitas No. 183 menyatakan hak atas satu atau lebih waktu istirahat menyusui atau pengurangan jam kerja, yang dihitung sebagai waktu kerja dan dibayar sesuai pengaturan nasional (International Labour Organization [ILO], 2000).

Tabel 3. Komponen Minimum Tempat Kerja Ramah Menyusui

Komponen	Standar operasional
Kebijakan tertulis	SOP, penanggung jawab, mekanisme penggunaan, perlindungan dari stigma, dan saluran pengaduan.
Ruang laktasi	Privat, bersih, aman, nyaman, mudah diakses, bukan toilet; tersedia kursi, meja, listrik, dan akses air.
Waktu memerah	Kesempatan yang realistis sesuai kebutuhan; perjalanan menuju ruang dan pembersihan alat diperhitungkan.
Penyimpanan	Lemari pendingin yang aman atau solusi rantai dingin alternatif; aturan label dan kebersihan jelas.
Budaya suportif	Atasan dan rekan kerja memahami hak ibu, tidak memberi stigma, dan membantu penyesuaian beban kerja.
Dukungan profesional	Akses edukasi, konseling, atau rujukan laktasi sebelum dan setelah kembali bekerja.
Monitoring	Pemanfaatan ruang, kepuasan, hambatan, insiden, dan tindak lanjut dievaluasi berkala.

Sumber: Disusun penulis berdasarkan Permenkes No. 15 Tahun 2013, ILO (2000), Vilar-Compte et al. (2021), dan Litwan et al. (2021).

5. Komunikasi, Media Digital, dan Kesetaraan

Materi promosi sebaiknya memadukan manfaat dengan solusi praktis. Media cetak dapat ditempatkan di ruang laktasi, sedangkan media digital digunakan untuk pengingat

jadwal, video teknik, konsultasi, dan komunitas dukungan. Seluruh materi harus menyebutkan sumber, tanggal pembaruan, serta batasan informasi. Konten yang menyederhanakan masalah menjadi "ASI pasti cukup bila ibu yakin" perlu dihindari karena dapat mengabaikan kondisi klinis dan hambatan sistemik.

Kesetaraan menjadi prinsip program. Informasi perlu tersedia dalam bahasa yang mudah dipahami, ramah bagi pekerja dengan literasi kesehatan beragam, dan dapat diakses melalui telepon sederhana. Institusi juga perlu menilai apakah pekerja kontrak, pekerja malam, pekerja lapangan, atau penyandang disabilitas memperoleh manfaat yang sama. Program dianggap berhasil bukan hanya ketika ruang tersedia, tetapi ketika seluruh kelompok sasaran dapat menggunakannya tanpa risiko kehilangan pendapatan, diskriminasi, atau beban kerja yang tidak adil.

6. Konseling Jarak Jauh dan Dukungan Digital

Telekonseling dapat memperluas akses bagi ibu yang tinggal jauh dari layanan, bekerja dengan jadwal tidak tetap, atau membutuhkan bantuan setelah jam pelayanan. Bentuknya dapat berupa konsultasi video, telepon, pesan singkat, aplikasi, dan kelompok daring. Media digital paling bermanfaat ketika melengkapi—bukan menggantikan—penilaian langsung, terutama bila terdapat nyeri berat, masalah pertumbuhan bayi, dugaan infeksi, atau kebutuhan observasi perlekatan secara rinci.

Bukti mengenai efektivitas digital terus berkembang. Uji klinis acak telelaktasi pada 2025 tidak menemukan perbedaan bermakna pada seluruh peserta, tetapi menunjukkan manfaat pada sebagian kelompok yang sebelumnya menghadapi kesenjangan akses. Temuan tersebut menegaskan bahwa teknologi bukan solusi tunggal; dampaknya bergantung pada penggunaan layanan, kualitas konselor, keterhubungan dengan layanan tatap muka, dan kemampuan intervensi menjangkau kelompok yang membutuhkan (Uscher-Pines et al., 2025).

Prinsip keamanan digital meliputi persetujuan, kerahasiaan, perlindungan data, informasi identitas tenaga pemberi layanan, batas waktu respons, dan jalur rujukan darurat. Materi harus bebas promosi komersial yang tidak sesuai dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Institusi juga perlu menyediakan pilihan non-digital bagi pekerja dengan keterbatasan perangkat, jaringan, atau literasi digital.

7. Dukungan Sebaya, Kader, dan Komunitas

Dukungan sebaya memberi ruang bagi ibu untuk berbagi pengalaman, memperoleh strategi praktis, dan mengurangi rasa sendiri. Pendamping sebaya tidak menggantikan tenaga kesehatan, tetapi dapat membantu mengenali masalah, memperkuat motivasi, dan menghubungkan ibu dengan layanan. Meta-analisis tahun 2024 menunjukkan intervensi berbasis orang awam, terutama kunjungan rumah yang disesuaikan menurut fase kehamilan dan nifas, dapat mendukung ASI eksklusif (Ho et al., 2024).

Di tempat kerja, jaringan dukungan dapat berupa mentor ibu menyusui, kelompok pekerja, kader kesehatan kerja, atau saluran komunikasi internal. Peran mereka perlu memiliki batas yang jelas: memberikan informasi dasar, mendengarkan, membantu navigasi fasilitas, dan merujuk masalah klinis. Pelatihan harus mencakup komunikasi tanpa menghakimi, kerahasiaan, pengelolaan mitos, serta pengenalan tanda bahaya.

Pendekatan komunitas penting bagi pekerja informal. Posyandu, puskesmas, organisasi perempuan, koperasi, pasar, dan pusat penitipan anak dapat menjadi titik dukungan untuk konseling, penyimpanan sementara, atau ruang memerah yang aman. Program perlu dirancang bersama pengguna agar solusi sesuai dengan mobilitas, jam kerja, dan kondisi lokal.

F. Kebijakan dan Tata Kelola Program

1. Kerangka Regulasi Indonesia

Dukungan menyusui di Indonesia berada dalam kerangka hukum kesehatan, kesejahteraan ibu dan anak, serta fasilitas menyusui di tempat kerja dan sarana umum. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjadi landasan umum penyelenggaraan upaya kesehatan. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 merupakan peraturan pelaksana yang berlaku dan mencabut Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Oleh karena itu, rujukan kebijakan dalam dokumen institusi perlu diperbarui agar tidak menjadikan PP 33/2012 sebagai dasar regulasi utama yang masih berlaku.

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2024 memperkuat kerangka kesejahteraan ibu dan anak pada fase seribu hari pertama kehidupan. Sementara itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2013 masih berstatus berlaku dan memberikan tata cara penyediaan fasilitas khusus menyusui dan/atau memerah ASI. Institusi perlu memeriksa pembaruan peraturan secara berkala dan menyelaraskan SOP internal dengan ketentuan yang paling mutakhir.

Tabel 4. Kerangka Kebijakan dan Implikasi bagi Institusi

Regulasi/acuan	Pokok relevan	Implikasi bagi institusi
UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	Landasan umum penyelenggaraan kesehatan dan perlindungan kesehatan ibu-anak.	Program laktasi menjadi bagian dari upaya kesehatan dan tata kelola pelayanan.
PP No. 28 Tahun 2024	Peraturan pelaksana UU Kesehatan; berstatus berlaku dan mencabut PP No. 33 Tahun 2012.	Perbarui SOP, bahan edukasi, dan rujukan hukum institusi.
UU No. 4 Tahun 2024	Kesejahteraan ibu dan anak pada fase 1.000 HPK.	Integrasikan dukungan menyusui dengan perlindungan maternitas dan kesejahteraan keluarga.
Permenkes No. 15 Tahun 2013	Tata cara penyediaan fasilitas khusus menyusui dan/atau memerah ASI; berstatus berlaku.	Sediakan ruang dan sarana laktasi sesuai persyaratan teknis.
ILO Convention No. 183 dan Recommendation No. 191	Standar internasional perlindungan maternitas, termasuk waktu menyusui/memerah.	Gunakan sebagai acuan praktik baik dengan memperhatikan hukum nasional dan status penerapannya.

Sumber: Ditelaah berdasarkan Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum sampai Juli 2026.

2. Tahapan Implementasi Program

Program dimulai dengan analisis kebutuhan: jumlah pekerja perempuan, pola kerja, pengalaman ibu, fasilitas yang tersedia, jarak ruang, dan hambatan penggunaan. Hasil analisis diterjemahkan menjadi kebijakan, anggaran, penanggung jawab, desain fasilitas, jadwal edukasi, dan mekanisme rujukan. Pelaksanaan perlu disertai komunikasi kepada seluruh pegawai agar ruang laktasi tidak dipersepsikan sebagai fasilitas pribadi yang mengganggu pekerjaan.

Pendampingan individual diperlukan karena kebutuhan ibu berbeda. Tenaga kesehatan kerja atau konselor laktasi dapat membantu menyusun rencana kembali bekerja, memecahkan masalah teknis, dan menghubungkan ibu dengan layanan kesehatan. Program juga memerlukan prosedur kebersihan, pemeliharaan lemari pendingin, pengelolaan akses, privasi, dan penanganan insiden seperti ASIP tertukar atau kerusakan alat.

3. Monitoring, Evaluasi, dan Perbaikan

Evaluasi sebaiknya menilai input, proses, keluaran, dan pengalaman pengguna. Indikator tidak hanya berupa jumlah ruang, tetapi juga akses nyata, waktu tunggu, frekuensi penggunaan, kepuasan, rasa aman, penyelesaian keluhan, serta keberlanjutan menyusui sesuai tujuan ibu. Data harus dikumpulkan secara etis, seminimal mungkin,

dan menjaga kerahasiaan. Hasil evaluasi digunakan untuk perbaikan fasilitas, pelatihan supervisor, atau penyesuaian jadwal.

4. Standar Fungsional Ruang Laktasi

Ruang laktasi dinilai layak bukan hanya karena tersedia, tetapi karena benar-benar dapat digunakan. Persyaratan fungsional meliputi privasi, kebersihan, keamanan, ventilasi, pencahayaan, kursi yang menopang posisi ibu, meja untuk alat, akses listrik yang aman, akses cuci tangan atau air bersih, tempat sampah tertutup, serta penyimpanan dingin. Ruang tidak boleh berupa toilet karena risiko kontaminasi, ketidaknyamanan, dan pelanggaran martabat pengguna.

Lokasi perlu mempertimbangkan waktu tempuh dari area kerja. Ruang yang sangat jauh dapat membuat waktu memerah habis untuk perjalanan. Sistem akses juga harus sederhana; ibu tidak seharusnya mencari kunci dari banyak pihak atau mengungkapkan informasi pribadi berulang kali. Bila jumlah pengguna tinggi, institusi dapat memakai sistem pemesanan yang menjaga kerahasiaan dan menyediakan waktu pembersihan antar pengguna.

Peralatan bersama memerlukan tata kelola. Lemari pendingin harus memiliki pemantauan suhu dan prosedur penanganan gangguan listrik. Permukaan dibersihkan secara rutin, tetapi ASIP harus disimpan dalam wadah tertutup dan berlabel. Institusi perlu menjelaskan siapa yang bertanggung jawab, bagaimana melaporkan kerusakan, serta langkah darurat bila lemari pendingin tidak berfungsi. UNICEF (2025) merekomendasikan pendekatan yang disesuaikan dengan tipe tempat kerja, termasuk solusi portabel atau ruang multifungsi terjadwal bagi usaha kecil selama privasi dan higiene tetap terjaga.

Aksesibilitas juga perlu diperhatikan bagi pekerja dengan disabilitas. Lebar pintu, ruang gerak, tinggi meja, dan jalur menuju ruang perlu memungkinkan penggunaan yang aman. Evaluasi pengalaman pengguna lebih bermakna daripada hanya mencatat jumlah fasilitas.

5. Akuntabilitas, Perlindungan, dan Perbaikan Mutu

Kebijakan tertulis perlu menjelaskan hak, tanggung jawab, prosedur penggunaan fasilitas, waktu memerah, perlindungan dari diskriminasi, dan mekanisme pengaduan. Data program sebaiknya dilaporkan dalam bentuk agregat agar tidak membuka identitas

ibu. Pengaduan harus dapat disampaikan tanpa rasa takut terhadap penilaian kinerja atau status kerja.

Perbaikan mutu dilakukan melalui siklus: mengidentifikasi masalah, merancang perubahan kecil, menguji pelaksanaan, menilai hasil, dan menetapkan tindak lanjut. Contohnya, bila ruang jarang digunakan, evaluasi tidak langsung menyimpulkan bahwa fasilitas tidak dibutuhkan. Penyebabnya mungkin lokasi jauh, akses kunci sulit, jadwal tidak memungkinkan, suhu ruang tidak nyaman, atau adanya stigma dari supervisor.

Penilaian program perlu memasukkan suara pekerja formal, kontrak, alih daya, dan informal. UNICEF dan WHO pada 2025 menekankan penguatan sistem dukungan yang berkelanjutan di Indonesia, termasuk konseling terampil, fasilitas bersalin ramah bayi, perlindungan dari pemasaran pengganti ASI yang tidak etis, cuti berbayar, ruang laktasi, dan pengaturan kerja fleksibel.

6. Rekomendasi Aksi Prioritas

Penerapan dukungan menyusui pada ibu bekerja sebaiknya dimulai dari tindakan yang dapat dilaksanakan dalam 90 hari. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu memasukkan rencana kembali bekerja ke dalam konseling antenatal dan nifas, melakukan penilaian masalah laktasi secara dini, serta memastikan jalur rujukan yang jelas. Di tingkat rumah tangga, ibu, pasangan, dan pengasuh perlu menyepakati cara pemerahan, pelabelan, penyimpanan, pencairan, dan pemberian ASIP sebelum masa cuti berakhir. Pendekatan ini memperkecil kesenjangan antara pengetahuan dan praktik serta mencegah keputusan penghentian menyusui yang sebenarnya dapat dihindari (WHO, 2025; D'Hollander et al., 2025).

Di tempat kerja, prioritas awal mencakup kebijakan tertulis, waktu memerah ASI yang benar-benar dapat digunakan, ruang laktasi yang aman dan bukan toilet, akses rantai dingin, pelatihan singkat bagi atasan, serta mekanisme pengaduan yang tidak merugikan pekerja. Pimpinan perlu menilai bukan hanya ketersediaan sarana, tetapi juga keterjangkauan, pemanfaatan, pengalaman ibu, dan tindak lanjut perbaikan. Dukungan digital, konseling jarak jauh, dan kelompok sebaya dapat digunakan sebagai penguat, tetapi tetap harus terhubung dengan layanan profesional ketika terdapat tanda bahaya pada ibu atau bayi (UNICEF & Dalberg Advisors, 2025; Uscher-Pines et al., 2025).

Tabel *5.* Rekomendasi Aksi Prioritas dalam Sembilan Puluh Hari

Sasaran	Aksi prioritas 90 hari	Indikator awal
Ibu dan keluarga	Menyusun rencana menyusui-kembali bekerja, melatih pemerahan, dan melatih pengasuh mengelola ASIP.	Rencana tertulis tersedia; pengasuh mampu mendemonstrasikan prosedur.
Tenaga kesehatan	Memberikan konseling berkesinambungan sejak antenatal, nifas, hingga kembali bekerja serta menetapkan jalur rujukan.	Kontak tindak lanjut tercatat; masalah laktasi ditangani atau dirujuk.
Atasan dan HRD	Menerbitkan kebijakan waktu memerah ASI, mensosialisasikan hak pekerja, dan mencegah stigma atau diskriminasi.	Seluruh unit menerima informasi; jadwal kerja mengakomodasi pemerahan.
Pengelola fasilitas	Mengaudit ruang laktasi, kebersihan, privasi, listrik, air, tempat duduk, serta penyimpanan dingin.	Skor audit meningkat; catatan kebersihan dan suhu tersedia.
Manajemen	Membuka saluran umpan balik, meninjau indikator setiap triwulan, dan menutup temuan melalui rencana perbaikan.	Keluhan ditindaklanjuti; rekomendasi perbaikan memiliki penanggung jawab dan tenggat.

Sumber: disusun penulis berdasarkan WHO (2025), UNICEF dan Dalberg Advisors (2025), serta kajian dukungan laktasi terbaru.

G. Penutup

ASI eksklusif merupakan praktik pemberian makan bayi yang penting bagi kesehatan ibu dan anak. Pada ibu bekerja, keberhasilannya bergantung pada interaksi antara kemampuan dan kondisi ibu, dukungan keluarga, kualitas pendampingan tenaga kesehatan, kesiapan pengasuh, kebijakan tempat kerja, serta perlindungan publik. Oleh karena itu, promosi ASI harus bergerak dari pesan individual menuju ekosistem dukungan yang nyata.

Manajemen ASIP yang aman mencakup kebersihan tangan dan alat, pemerahan yang nyaman, pelabelan, penyimpanan sesuai suhu dan waktu, transportasi dengan rantai dingin, pencairan yang benar, dan pemberian responsif. Panduan harus selalu disesuaikan dengan kondisi bayi; bayi prematur atau sakit memerlukan protokol khusus. Akses cepat ke konseling laktasi membantu menyelesaikan masalah sebelum berkembang menjadi alasan penghentian menyusui.

Tempat kerja ramah menyusui tidak cukup hanya memiliki ruang. Program harus memiliki kebijakan tertulis, waktu yang benar-benar dapat digunakan, fasilitas yang terawat, dukungan supervisor dan rekan kerja, perlindungan dari stigma, serta evaluasi. Kerangka regulasi juga perlu diperbarui: PP No. 28 Tahun 2024 merupakan peraturan pelaksana kesehatan yang berlaku dan telah mencabut PP No. 33 Tahun 2012. Integrasi regulasi, promosi kesehatan,

pelayanan bermutu, dan budaya kerja suportif akan membantu lebih banyak ibu mencapai tujuan menyusui tanpa mengorbankan kesehatan, martabat, atau keberlanjutan pekerjaan.

Pada akhirnya, dukungan menyusui adalah investasi pada kesehatan generasi mendatang sekaligus wujud penghormatan terhadap hak ibu dan bayi. Keberhasilan harus dimaknai secara manusiawi: menyediakan informasi yang benar, pilihan yang aman, bantuan yang tersedia, dan lingkungan yang tidak menghakimi.

Referensi

American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. (2022). Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 150(1), e2022057988. https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. Pediatric Clinics of North America, 60(1), 49–74. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002

Centers for Disease Control and Prevention. (2026, March 25). Breast milk storage and preparation. https://www.cdc.gov/breastfeeding/breast-milk-preparation-and-storage/handling-breastmilk.html

D'Hollander, C. J., McCredie, V. A., Uleryk, E. M., Kucab, M., Le, R. M., Hayosh, O., Keown-Stoneman, C. D. G., Birken, C. S., & Maguire, J. L. (2025). Breastfeeding support provided by lactation consultants: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 179(5), 508–520. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.6810

Eglash, A., Simon, L., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2017). ABM Clinical Protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. Breastfeeding Medicine, 12(7), 390–395. https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29047.aje

Ho, H. M. Y., Fan, H. S. L., Hu, G. H., Nagesh, N., Ip, H. L., Leung, E. T. Y., Choi, E. P. H., & Lok, K. Y. W. (2024). Effectiveness of layperson-based interventions in promoting exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies, 160, 104894. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104894

International Labour Organization. (2000a). Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183).

International Labour Organization. (2000b). Maternity Protection Recommendation, 2000 (No. 191).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia Nomor 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu.

Litwan, K., Tran, V., Nyhan, K., & Pérez-Escamilla, R. (2021). How do breastfeeding workplace interventions work? A realist review. International Journal for Equity in Health, 20, 148. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01490-7

Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodríguez, J. M., Eglash, A., Scherzinger, C., Zakarija-Grkovic, I., Widmer Cash, K., Berens, P., Miller, B., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The mastitis spectrum, revised 2022. Breastfeeding Medicine, 17(5), 360–376. https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm

National Institute of Child Health and Human Development. (2006–). Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. National Library of Medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/

Nozimoto, I. N. P., da Silva, B. A., Bandeira, M. D., da Silva, A. P., Bussadori, S. K., Santos, E. M., & Martimbianco, A. L. C. (2024). Nonpharmacological interventions for treating breastfeeding nipple pain: Systematic review and meta-analysis. Breastfeeding Medicine, 19(8), 599–611. https://doi.org/10.1089/bfm.2024.0043

Pemerintah Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Pemerintah Republik Indonesia. (2024a). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Pemerintah Republik Indonesia. (2024b). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2024 tentang Kesejahteraan Ibu dan Anak pada Fase Seribu Hari Pertama Kehidupan.

Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., & Victora, C. G. (2023). Breastfeeding: Crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. The Lancet, 401(10375), 472–485. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8

Saavedra Sánchez, A., et al. (2024). Influence of perceived maternal self-efficacy on exclusive breastfeeding initiation and consolidation: A systematic review. Healthcare, 12(23), 2347.

https://doi.org/10.3390/healthcare12232347

UNICEF, & Dalberg Advisors. (2025). Building family-friendly workplaces: A toolkit for business. UNICEF.

UNICEF Indonesia, & World Health Organization. (2025, August 1). Peningkatan angka pemberian ASI di Indonesia: Ibu perlu dukungan lebih. UNICEF Indonesia.

Uscher-Pines, L., Kapinos, K., Waymouth, M., Howell, K., Alvarado, G., Ray, K., Demirci, J., Mehrotra, A., Rogers, R., Floyd James, K., & DeYoreo, M. (2025). Telelactation services and breastfeeding by race and ethnicity: A randomized clinical trial. JAMA Network Open, 8(2), e2461958. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.61958

Vilar-Compte, M., Hernández-Cordero, S., Ancira-Moreno, M., Burrola-Méndez, S., Ferre-Eguiluz, I., Omaña, I., & Pérez Navarro, C. (2021). Breastfeeding at the workplace: A systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women. International Journal for Equity in Health, 20, 110. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01432-3

World Health Organization. (2024, October 2). Breastfeeding: Questions and answers. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/breastfeeding

World Health Organization. (2025). Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals (2nd ed.). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240113732

World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2025). Global nutrition targets 2030: Breastfeeding brief. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/B09382

Zhou, S.-S., Lu, J., Qin, A., Wang, Y., Gao, W., Li, H., & Rao, L. (2024). The role of paternal support in breastfeeding outcomes: A meta-analytic review. International Breastfeeding Journal, 19, 84. https://doi.org/10.1186/s13006-024-00694-1

"Bookchapter Maternitas" menyajikan berbagai topik penting dalam bidang kesehatan maternitas, mulai dari pengembangan aplikasi kesehatan reproduksi dan seksual sepanjang siklus kehidupan, hingga hubungan persalinan prematur dengan kejadian asfiksia neonatorum. Buku ini juga mengeksplorasi efektivitas pendidikan kesehatan melalui grup WhatsApp untuk pemberian ASI eksklusif pada ibu pasca seksio sesarea, peningkatan breastfeeding self-efficacy melalui booklet terkini, serta metode SPEOS untuk kelancaran ASI dan involusi uteri pada ibu post partum. Melalui pendekatan yang inovatif dan berbasis penelitian, buku ini menjadi sumber informasi yang berharga bagi para profesional kesehatan dan ibu dalam mendukung kesehatan ibu dan anak.

Penerbit
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Alamat : Grand Slipi Tower LT. 5 Unif F, Jalan S. Parman, KAV/ 22-24, Desa/Kelurahan Palmerah, Kec. Palmerah, Kota Adm. Jakarta Barat, Provinsi DKI Jakarta.
Nomor Telepon: 021 29866319
Email: operasionalnnfc@gmail.com

ISSN 3063-4946
9 773063 494000