



Universitas
Harkat Negeri

MODUL:

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

SEKOLAH VOKASI

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN

TAHUN AKADEMIK 2025/2026

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku ajar yang berjudul "**Asuhan Kebidanan Kehamilan: Panduan Komprehensif Berbasis Bukti**" ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ajar ini disusun secara khusus untuk memenuhi kebutuhan proses pembelajaran mahasiswa Program Studi D4 Kebidanan sesuai dengan Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) dan Kurikulum Berbasis Outcome-Based Education (OBE).

Masa kehamilan merupakan fase kritis dan krusial dalam siklus reproduksi wanita. Pelayanan kebidanan yang berkualitas, berfokus pada wanita (women-centered care), serta berlandaskan bukti ilmiah terkini (evidence-based practice) sangat menentukan kesehatan serta keselamatan ibu dan janin. Oleh karena itu, buku ajar ini dirancang untuk memberikan pemahaman holistik, mulai dari dasar anatomi fisiologi, adaptasi ibu, perkembangan janin, teknik anamnesis dan pemeriksaan fisik komprehensif, deteksi dini dan tindakan awal penanganan komplikasi, hingga perancangan asuhan promotif, preventif, kuratif, serta komunikasi efektif dan konseling.

Setiap bab dalam buku ini disusun secara sistematis yang dilengkapi dengan Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK), uraian materi yang mendalam, studi kasus klinis, ringkasan, serta soal evaluasi mandiri untuk melatih berpikir kritis dan pemecahan masalah klinis mahasiswa. Diharapkan buku ajar ini tidak hanya menjadi pegangan utama dalam kegiatan perkuliahan, tetapi juga menjadi referensi yang bermanfaat bagi praktisi bidan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Sivitas Akademika Sekolah Vokasi Universitas Harkat Negeri serta semua pihak yang telah memberikan dukungan, masukan, dan kontribusi hingga terbitnya buku ajar ini. Kritik dan saran yang membangun senantiasa penulis harapkan guna penyempurnaan karya ini pada edisi mendatang.

Slawi, September 2026

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB 1: ANATOMI DAN FISILOGI ORGAN REPRODUKSI WANITA DALAM KEHAMILAN	1
BAB 2: PERUBAHAN ADAPTASI FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS IBU HAMIL	7
BAB 3: PERKEMBANGAN JANIN INTRAUTERIN DARI KONSEPSI HINGGA ATERM	13
BAB 4: TEKNIK ANAMNESIS DAN PENGKAJIAN DATA SUBJEKTIF IBU HAMIL	19
BAB 5: PEMERIKSAAN FISIK KOMPREHENSIF DAN SKRINING KLINIS IBU HAMIL	25
BAB 6: TANDA BAHAYA DAN DETEKSI DINI KOMPLIKASI KEHAMILAN	31
BAB 7: PENATALAKSANAAN AWAL DAN MANAJEMEN GAWAT DARURAT KEHAMILAN	37
BAB 8: ASUHAN KEBIDANAN PROMOTIF DAN PREVENTIF PADA KEHAMILAN	43
BAB 9: ASUHAN KEBIDANAN KURATIF DAN MANAJEMEN KELUHAN UMUM KEHAMILAN	49
BAB 10: KOMUNIKASI EFEKTIF DAN INTERPROFESIONAL DALAM ASUHAN KEHAMILAN	55
BAB 11: KONSELING KEHAMILAN DAN EDUSASI BERBASIS BUDAYA SERTA PRIVASI	61
BAB 12: EVALUASI KEBERHASILAN DAN DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN	67
BAB 13: REFLEKSI PRAKTIK KEBIDANAN DAN REVIU KOMPREHENSIF ASUHAN KEHAMILAN	73
DAFTAR PUSTAKA	79

BAB 1

ANATOMI DAN FISILOGI ORGAN REPRODUKSI WANITA DALAM KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-1.1):

Mahasiswa mampu menjelaskan anatomi fisiologi organ reproduksi kehamilan dengan tepat, mendalam, dan berbasis bukti terkini.

1.1 Anatomi Organ Reproduksi Eksterna dan Interna

Pemahaman mengenai anatomi organ reproduksi wanita merupakan fondasi utama dalam melaksanakan asuhan kebidanan kehamilan. Organ reproduksi wanita terbagi menjadi dua kelompok utama, yaitu organ reproduksi eksterna (vulva) dan organ reproduksi interna yang terletak di dalam rongga panggul.

Organ eksterna meliputi *mons pubis*, *labia majora*, *labia minora*, *klitoris*, *vestibulum*, serta *perineum*. Mons pubis merupakan jaringan lemak tebal yang menutupi simfisis pubis, berfungsi sebagai pelindung mekanis saat koitus. Labia majora dan minora membatasi celah vulva, melingkupi muara uretra dan introitus vagina. Klitoris mengandung banyak serabut saraf sensorik yang sangat sensitif terhadap rangsangan. Pada bagian vestibulum terdapat muara dari kelenjar Skene dan kelenjar Bartholin yang memproduksi sekret mukus untuk melumasi introitus vagina.

Organ interna mencakup *vagina*, *uterus*, *tuba falopii*, dan *ovarium*. Vagina adalah saluran muskulomembranosa yang menghubungkan vulva dengan uterus. Dinding vagina kaya akan pembuluh darah dan susunan rupa-rupa lipatan horizontal (*rugae*) yang memungkinkannya meregang secara bermakna saat proses persalinan. Uterus merupakan organ muskular berbentuk buah pir terbalik yang terdiri atas korpus uteri, isthmus uteri, dan serviks uteri. Dalam keadaan tidak hamil, uterus berbobot sekitar 50–60 gram dengan kapasitas rongga sekitar 10 mL. Selama kehamilan, uterus mengalami hipertrofi dan hiperplasia miometrium hingga beratnya mencapai 1.000 gram dengan kapasitas melebihi 5.000 mL untuk menampung janin, plasenta, dan cairan amnion.

1.2 Fisiologi Uterus dan Serviks Selama Kehamilan

Perubahan struktural pada uterus didorong oleh peningkatan hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi oleh korpus luteum dan kemudian diambil alih oleh plasenta. Miometrium mengalami peningkatan vaskularisasi yang luar biasa. Pembuluh darah uterus, khususnya arteria uterina dan ovarian, memperbesar kalibernya secara dramatis untuk menyalurkan aliran darah uteroplasenta yang mencapai 600–700 mL/menit pada usia kehamilan aterm.

Serviks uteri juga mengalami perubahan fisiologis yang signifikan. Terjadi hiperemia dan edema pada stroma serviks yang dipicu oleh hormon estrogen. Fenomena ini menyebabkan perubahan warna serviks menjadi kebiruan atau keunguan yang dikenal sebagai **Tanda Chadwick**. Konsistensi serviks yang dalam keadaan tidak hamil terasa padat (seperti ujung hidung) menjadi sangat lunak (seperti bibir), yang disebut sebagai **Tanda Goodell**. Selain itu, sel-sel kelenjar endoserviks mensekresi mukus kental yang kaya akan imunoglobulin untuk membentuk sumbat mukus (*mucus plug / operculum*) pada kanalis servikalis. Operculum ini berfungsi sebagai benteng pertahanan imunologis dan mekanis guna mencegah invasi bakteri patogen ascending dari vagina ke dalam rongga uterus.

CATATAN KLINIS & CATATAN PRAKTIK BIDAN

Pemeriksaan pelvimetri dan evaluasi lunaknya serviks harus dilakukan secara hati-hati. Kehadiran tanda Goodell dan Hegar merupakan tanda tidak pasti kehamilan yang sangat relevan saat pengkajian trimester pertama. Bidan harus memastikan kebersihan instrumen speculum saat mengevaluasi serviks untuk mencegah masuknya kuman patogen.

1.3 Anatomi Vaskularisasi dan Persarafan Panggul

Suplai darah utama ke organ reproduksi berasal dari arteria uterina (cabang dari arteria iliaka interna) dan arteria ovarika (cabang langsung dari aorta abdominalis). Kedua arteri ini saling beranastomosis di sepanjang dinding lateral uterus untuk menyediakan nutrisi dan oksigenasi yang adekuat bagi pertumbuhan miometrium dan plasenta. Aliran darah balik berjalan melalui vena uterina dan vena ovarika menuju vena kava inferior.

Persarafan organ reproduksi diatur oleh sistem saraf otonom. Saraf simpatis berasal dari pleksus hipogastrikus inferior (T10–L2) yang memberikan efek inhibisi motilitas miometrium dan konstriksi pembuluh darah, sedangkan saraf parasimpatis berasal dari saraf sakral (S2–S4) yang memicu kontraksi uterus dan vasodilatasi. Saraf sensorik membawa persepsi nyeri dari uterus menuju medula spinalis segmen T10–L1, sementara rasa nyeri dari perineum dan vagina bagian bawah dihantarkan oleh nervus pudendus (S2–S4).

1.4 Struktur Anatomi Panggul Wanita (Pelvis)

Panggul wanita terbagi menjadi panggul besar (*pelvis mayor*) dan panggul kecil (*pelvis minor*) yang dipisahkan oleh *linea terminalis*. Pelvis minor merupakan jalan lahir (birth canal) yang sangat menentukan keberhasilan proses persalinan pervaginam. Pelvis minor terdiri dari empat bidang utama: pintu atas panggul (PAP), bidang luas panggul, bidang sempit panggul, dan pintu bawah panggul (PBP).

Bidang Panggul	Batas-Batas Anatomi	Ukuran Kritis (Rata-rata Normal)
Pintu Atas Panggul (PAP)	Promontorium, linea inominata, pinggir atas simfisis pubis	Conjugata vera: 11,0 cm; Conjugata diagonalis: 12,5 cm
Bidang Luas Panggul	Pertengahan simfisis, asetabulum, pertemuan S2-S3	Diameter anteroposterior: 12,75 cm; Transversa: 12,5 cm
Bidang Sempit Panggul	Pinggir bawah simfisis, spina iskiadika, sakrum setinggi S4-S5	Diameter interspinarum: 10,0 cm; Anteroposterior: 11,5 cm
Pintu Bawah Panggul (PBP)	Pinggir bawah simfisis, tuber iskiadikus, ujung os koksigis	Diameter intertuberum: 10,5 cm; Anteroposterior: 11,5 cm

1.5 Bentuk-Bentuk Panggul dan Implikasi Klinisnya

Berdasarkan klasifikasi Caldwell-Moloy, panggul wanita dibedakan menjadi empat bentuk utama: Gynecoid, Android, Anthropoid, dan Platypelloid. Panggul **Gynecoid** merupakan bentuk panggul wanita tipikal dengan pintu atas panggul berbentuk bulat atau sedikit oval, memicu mekanisme persalinan yang paling optimal. Panggul **Android** menyerupai panggul pria dengan PAP berbentuk jantung, spina iskiadika menonjol, dan arkus pubis sempit ($<90^\circ$), yang berisiko tinggi menyebabkan distosia bahu atau persalinan macet. Panggul **Anthropoid** memiliki diameter anteroposterior yang lebih panjang dari diameter transversa, sering menyebabkan posisi janin occiput posterior menetap. Panggul **Platypelloid** memiliki PAP berbentuk picak melintang, yang sering mengakibatkan kegagalan penurunan kepala janin ke dalam pintu atas panggul.

EVALUASI MANDIRI BAB 1

1. Jelaskan perbedaan mendasar antara tanda Goodell, Hegar, dan Chadwick pada pengkajian kehamilan awal!
2. Uraikan perbedaan karakteristik panggul Gynecoid dan Android serta implikasinya terhadap pilihan persalinan!
3. Mengapa perubahan vaskularisasi uterus pada kehamilan aterm memerlukan penyesuaian curah jantung ibu? Jelaskan mekanismenya!

BAB 2

PERUBAHAN ADAPTASI FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS IBU HAMIL

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-1.2):

Mahasiswa mampu memahami perubahan adaptasi ibu hamil normal baik secara fisiologis maupun psikologis pada setiap trimester kehamilan.

2.1 Sistem Kardiovaskular dan Hematologi

Kehamilan menuntut adaptasi sistem kardiovaskular yang luar biasa guna memenuhi kebutuhan metabolisme ibu dan pertumbuhan fetus-plasenta. Aliran darah uteroplasenta yang tinggi memerlukan peningkatan volume darah maternal secara bermakna. Volume plasma darah meningkat sebesar 40–50%, sedangkan massa sel darah merah (eritrosit) hanya meningkat sekitar 20–30%. Ketidakseimbangan proporsi peningkatan ini menyebabkan kondisi yang disebut **hemodilusi fisiologis** atau anemia fisiologis kehamilan, di mana kadar hemoglobin rata-rata turun hingga 11,0 g/dL pada trimester kedua.

Curah jantung (*cardiac output*) meningkat hingga 30–50% dibandingkan keadaan tidak hamil, mencapai puncaknya pada usia kehamilan 28–32 minggu. Peningkatan curah jantung ini didorong oleh kenaikan volume sekuncup (*stroke volume*) dan frekuensi denyut jantung (meningkat 10–15 denyut per menit). Tekanan darah arterial sistemik justru mengalami penurunan ringan pada trimester kedua akibat penurunan resistensi vaskular sistemik yang dipicu oleh efek relaksasi otot polos pembuluh darah dari progesteron dan sintesis zat vasodilator seperti oksida nitrat (NO) dan prostasiklin.

2.2 Adaptasi Sistem Respirasi dan Metabolisme

Secara anatomis, diafragma terangkat sekitar 4 cm ke atas akibat dorongan pembesaran uterus pada trimester ketiga. Namun, kapasitas paru total tidak menurun secara bermakna karena sudut iga bawah mekar dan diameter transversal dada meningkat. Konsumsi oksigen maternal meningkat sekitar 20% untuk memenuhi kebutuhan metabolisme janin dan plasenta. Peningkatan kadar progesteron menstimulasi pusat pernapasan di otak secara langsung, menyebabkan peningkatan volume tidal dan alkalosis respiratorik terkompensasi. Kondisi ini sering dikeluhkan oleh ibu hamil sebagai sesak napas fisiologis (*hyperventilation of pregnancy*).

Metabolisme ibu hamil bergeser ke arah anabolisme pada awal kehamilan dan katabolisme pada kehamilan lanjut. Resistensi insulin fisiologis berkembang pada trimester kedua dan ketiga akibat pengaruh hormon Human Placental Lactogen (hPL), kortisol, dan progesteron. Mekanisme ini memastikan ketersediaan glukosa yang adekuat bagi janin secara kontinu. Namun, pada wanita dengan predisposisi genetik atau gangguan pankreas, kondisi ini dapat berkembang menjadi Diabetes Melitus Gestasional (DMG).

Sistem Organ	Perubahan Fisiologis Utama	Dampak / Keluhan Klinis yang Muncul
Kardiovaskular	Volume plasma ↑ 50%, Curah jantung ↑ 40%, Resistensi perifer ↓	Hemodilusi, edema dependen, hipotensi ortostatik, murmur sistolik fisiologis
Respirasi	Volume tidal ↑ 40%, Konsumsi O ₂ ↑ 20%, Diafragma terangkat 4 cm	Hiperventilasi fisiologis, rasa agak sesak saat beraktivitas ringan
Gastrointestinal	Tonus sfingter esophagus ↓, Motilitas usus ↓, Absorpsi air ↑	Nausea, vomitus (morning sickness), heartburn/pyrosis, konstipasi
Perkemihan	GFR ↑ 50%, Aliran darah ginjal ↑, Pembesaran ureter (hidroureter)	Frekuensi berkemih ↑, risiko infeksi saluran kemih (ISK) meningkat
Integumen	Stimulasi MSH ↑, Peningkatan regangan kulit abdomen	Hiperpigmentasi (chloasma gravidarum, linea nigra), striae gravidarum

2.3 Adaptasi Perubahan Psikologis Trimester I, II, dan III

Selain perubahan fisiologis fisik, kehamilan membawa perubahan emosional dan psikologis yang mendalam bagi seorang wanita. Adaptasi psikologis terbagi dalam tiga fase sesuai usia gestasi:

Trimester Pertama (Fase Ambivalensi): Reaksi psikologis dominan adalah ambivalensi — perasaan campur aduk antara bahagia, cemas, ragu, dan penolakan terhadap kehamilan. Hal ini dipicu oleh fluktuasi hormonal yang tajam serta ketidaknyamanan fisik seperti mual dan kelelahan berlebih. Fokus perhatian ibu masih berpusat pada dirinya sendiri (*egocentricity*).

Trimester Kedua (Fase Menunggu dan Persepsi Janin): Disebut juga sebagai periode *radiant health* atau kesejahteraan psikologis. Rasa mual berkurang dan ibu mulai merasakan gerakan janin (*quickening*). Ibu mulai memandang janin sebagai individu yang terpisah dari dirinya. Fase ini dicirikan dengan peningkatan minat pada persiapan menjadi ibu dan pencarian informasi seputar parenting.

Trimester Ketiga (Fase Kecemasan dan Persiapan Persiapan): Fokus psikologis bergeser pada proses persalinan dan keselamatan bayi. Ibu sering mengalami ketakutan akan rasa sakit persalinan, bahaya komplikasi, atau ketidakmampuan menjadi orang tua yang baik. Kelelahan fisik yang meningkat dan gangguan tidur memicu ketidaksabaran agar persalinan segera terjadi (*nesting behavior*).

EVIDENCE-BASED PRACTICE IN MIDWIFERY

Studi menunjukkan bahwa kecemasan maternal yang tidak ditangani pada trimester ketiga berhubungan dengan peningkatan kadar kortisol plasma, yang berpotensi memicu persalinan prematur dan kontraksi miometrium yang ireguler. Skrining psikologis menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* versi antenatal sangat direkomendasikan saat kunjungan ANC.

EVALUASI MANDIRI BAB 2

1. Mengapa hemodilusi fisiologis terjadi pada ibu hamil dan bagaimana membedakannya dengan anemia defisiensi besi?
2. Jelaskan peran hormon Human Placental Lactogen (hPL) dalam memicu resistensi insulin fisiologis!
3. Bagaimana bidan melakukan intervensi psikologis pada ibu hamil trimester I yang mengalami ambivalensi berat?

BAB 3

PERKEMBANGAN JANIN INTRAUTERIN DARI KONSEPSI HINGGA ATERM

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-1.3):

Mahasiswa mampu menguraikan tahapan perkembangan janin intrauterin dari fertilitas, nidasi, hingga aterm serta fungsi organ pendukung (plasenta dan cairan amnion).

3.1 Process Konsepsi, Fertilisasi, dan Implantasi

Perkembangan janin diawali dari proses konsepsi yang melibatkan pembuahan ovum oleh sperma di tuba falopii (biasanya pada daerah ampula). Pembelahan sel zigot menghasilkan morula yang terdiri dari massa sel padat. Dalam waktu 3–4 hari, morula bergerak menuju cavum uteri dan berkembang menjadi **blastokista**, yang terdiri dari *inner cell mass* (akan menjadi embrio) dan *trofoblas* (akan menjadi plasenta dan membran kehamilan).

Pada hari ke-6 hingga ke-7 setelah fertilisasi, terjadi proses implantasi (nidasi) di mana trofoblas menginvasi endometrium uterus (desidua). Desidua terbagi menjadi desidua basalis (di bawah tempat implantasi yang membentuk plasenta maternal), desidua kapsularis (menutupi konseptus), dan desidua parietalis (melapisi sisa rongga uterus). Sel trofoblas terdiferensiasi menjadi sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas yang menghasilkan hormon *human Chorionic Gonadotropin* (hCG) untuk mempertahankan fungsi korpus luteum graviditatis.

3.2 Tahap Perkembangan Embriogenesis dan Organogenesis

Perkembangan intrauterin terbagi menjadi tiga tahapan utama: periode pra-embrio (minggu 1–2), periode embrio (minggu 3–8), dan periode fetus (minggu 9 hingga lahir/aterm). Periode embrio merupakan masa terpenting organogenesis di mana seluruh organ tubuh utama dibentuk dari tiga lapisan germinal primer: endoderm, mesoderm, dan eksoderm.

Usia Gestasi	Tahap Perkembangan Utama Janin	Panjang & Berat Estimasi
4 Minggu	Pembentukan tabung saraf (neural tube), detak jantung primordial dimulai	4–5 mm; < 1 gram
8 Minggu	Semua organ utama terbentuk, jari tangan dan kaki mulai terpisah, wajah tampak humanis	2,5–3,0 cm; 1–2 gram
12 Minggu	Jenis kelamin luar terpolo, refleks hisap muncul, ginjal mulai memproduksi urine	6–9 cm; 14–20 gram
20 Minggu	Lanugo dan verniks kaseosa menutupi kulit, gerakan ibu (quickening) jelas dirasakan	19–25 cm; 300–400 gram
28 Minggu	Mata mulai membuka, surfaktan paru mulai diproduksi oleh pneumosit tipe II	35–38 cm; 1.000–1.200 gram
36–40 Minggu	Janin matang (aterm), lemak subkutan tebal, refleks isap dan menelan sempurna	48–52 cm; 2.500–3.500 gram

3.3 Fisiologi Plasenta dan Sirkulasi Darah Janin

Plasenta merupakan organ sementara yang menghubungkan janin dan ibu secara metabolis dan endokrin. Plasenta bertindak sebagai paru-paru, saluran pencernaan, ginjal, serta organ endokrin bagi janin. Transfer nutrisi, O₂, dan CO₂ terjadi melalui mekanisme difusi sederhana, difusi terfasilitasi, serta transpor aktif melewati membran plasenta (terdiri dari vili korialis).

Sirkulasi darah janin (*fetal circulation*) secara anatomis dan fisiologis sangat berbeda dengan sirkulasi ekstrasuterin pasca lahir. Darah kaya oksigen dari plasenta mengalir melalui **vena umbilikal** menuju janin. Sebagian besar darah ini melewati hati melalui **duktus venosus Arantii** menuju vena kava inferior dan masuk ke atrium kanan. Dari atrium kanan, mayoritas darah dialirkan langsung ke atrium kiri melalui **foramen ovale**, lalu ke ventrikel kiri dan aorta untuk memompa O₂ ke otak dan jantung janin. Darah dari vena kava superior yang masuk ke atrium kanan dialirkan ke ventrikel kanan dan trunkus pulmonalis, namun sebagian besar dipintas langsung ke aorta desendens melalui **duktus arteriosus Botalli** karena resistensi vaskular paru janin masih sangat tinggi.

3.4 Fungsi dan Volume Cairan Amnion

Cairan amnion (ketuban) berada dalam kantong amnion dan diproduksi oleh membran amnion serta urine janin pada kehamilan lanjut. Cairan amnion berfungsi sebagai pelindung mekanis janin dari trauma luar, menjaga suhu intrauterin tetap konstan, memungkinkan pergerakan simetris janin untuk pertumbuhan muskuloskeletal, serta mencegah perlekatan embrio ke amnion. Volume cairan amnion bervariasi sesuai usia gestasi, mencapai puncaknya sekitar 800–1.000 mL pada usia 34–36 minggu, kemudian sedikit menurun jelang persalinan. Kondisi abnormal cairan amnion seperti oligohidramnion (< 500 mL) atau polihidramnion (> 2.000 mL) dapat menjadi tanda adanya kelainan kongenital atau komplikasi plasenta.

EVALUASI MANDIRI BAB 3

1. Jelaskan jalur sirkulasi darah janin mulai dari vena umbilikalis hingga kembali ke arteria umbilikalis!
2. Mengapa teratogen sangat berbahaya pada periode organogenesis (minggu ke-3 hingga ke-8)?
3. Sebutkan fungsi fisiologis cairan amnion dan implikasi klinis apabila terjadi oligohidramnion!

BAB 4

TEKNIK ANAMNESIS DAN PENGKAJIAN DATA SUBJEKTIF IBU HAMIL

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-2.1):

Mahasiswa mampu mengaplikasikan teknik anamnesis kehamilan secara komprehensif, etis, dan terstruktur untuk pengumpulan data subjektif ibu hamil.

4.1 Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Anamnesis

Anamnesis merupakan langkah awal yang paling krusial dalam manajemen asuhan kebidanan. Keberhasilan mendapatkan data subjektif yang akurat sangat tergantung pada keterampilan komunikasi terapeutik bidan. Bidan harus mampu menciptakan suasana yang hangat, empatik, menjaga privasi, dan memberikan rasa aman bagi ibu hamil. Kontak mata yang adekuat, bahasa tubuh yang terbuka, serta mendengarkan secara aktif (*active listening*) adalah keterampilan dasar yang mutlak dikuasai.

Bidan juga harus memperhatikan latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan, serta kondisi psikologis klien. Pertanyaan hendaknya diajukan dengan kalimat yang jelas, tidak memojokkan (*non-judgmental*), dan dimulai dari pertanyaan terbuka menuju pertanyaan tertutup untuk mengklarifikasi detail tertentu.

4.2 Komponen Komprehensif Data Subjektif Kehamilan

Pengkajian data subjektif harus mencakup seluruh aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual ibu. Komponen standar anamnesis meliputi:

- **Biodata / Identitas Klien & Suami:** Nama, usia, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat lengkap. Usia ibu < 20 tahun atau > 35 tahun termasuk dalam kategori kehamilan berisiko tinggi.
- **Keluhan Utama / Alasan Kunjungan:** Alasan yang mendorong ibu datang ke fasilitas kesehatan, baik berupa pemeriksaan rutin maupun adanya keluhan spesifik (mual, pusing, nyeri pinggang, flek darah).
- **Riwayat Menstruasi:** Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), siklus haid, lama, banyaknya, serta adanya dismenorea. HPHT digunakan untuk menghitung Hari Perkiraan Lahir (HPL) menggunakan Rumus Naegle.
- **Riwayat Obstetri (G-P-A-H):** Gravida (jumlah kehamilan), Para (jumlah persalinan), Abortus (jumlah keguguran), dan Hidup (jumlah anak hidup). Setiap riwayat persalinan lalu dicatat detail meliputi: tahun persalinan, jenis persalinan, penolong, komplikasi, BB lahir, dan kondisi anak saat ini.

- **Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga:** Pengkajian penyakit sistemik seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, ginjal, asma, TB paru, hepatitis, HIV/AIDS, serta riwayat penyakit keturunan/alergi dalam keluarga.
- **Riwayat Pemakaian Kontrasepsi:** Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, lama pemakaian, dan alasan berhenti.
- **Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari:** Nutrisi (pola makan/minum), eliminasi (BAB/BAK), istirahat/tidur, aktivitas fisik, higiene personal, dan pola seksual.

Kategori Rumus Naegele	Bulan HPHT	Formula Perhitungan HPL
Kategori I	Januari – Maret (Bulan 1–3)	Tanggal + 7 , Bulan + 9 , Tahun + 0
Kategori II	April – Desember (Bulan 4–12)	Tanggal + 7 , Bulan – 3 , Tahun + 1

4.3 Pengkajian Psikososiospiritual dan Riwayat Kekerasan

Kesehatan mental dan dukungan sosial memegang peranan vital dalam luaran kehamilan. Bidan perlu mengkaji status pernikahan, respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini (apakah kehamilan direncanakan/diinginkan), kebiasaan adat istiadat setempat yang memengaruhi kehamilan (pantangan makanan/mitos), serta dukungan finansial keluarga. Skrining terhadap Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) atau *Intimate Partner Violence (IPV)* juga harus dilakukan secara bijaksana dan dalam ruangan yang privat untuk menjamin keselamatan ibu.

ALGORITMA KLINIS: SKRINING KELUHAN DAN SKOR POEDJI ROCHJATI

Pada setiap anamnesis awal, bidan wajib menentukan Penapisan Kriteria Risiko Kehamilan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). Ibu dengan skor 2 tergolong Kehamilan Risiko Rendah (KRR), skor 6–10 Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan skor ≥ 12 Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST).

EVALUASI MANDIRI BAB 4

1. Seorang wanita hamil HPHT 15 Mei 2026. Hitunglah Hari Perkiraan Lahir (HPL) menggunakan Rumus Naegele!
2. Mengapa riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya sangat berpengaruh pada penentuan lokasi persalinan kehamilan saat ini?
3. Bagaimana cara bidan mengajukan pertanyaan skrining Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) secara aman dan etis?

BAB 5

PEMERIKSAAN FISIK KOMPREHENSIF DAN SKRINING KLINIS IBU HAMIL

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-2.2):

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dan menginterpretasikan pemeriksaan fisik komprehensif pada ibu hamil sesuai standar SOP kebidanan.

5.1 Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital dan Status Gizi

Pemeriksaan fisik diawali dengan pengukuran tanda-tanda vital yang presisi. Tekanan darah diperiksa dalam posisi duduk atau miring ke kiri untuk menghindari vena kava inferior syndrome. Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg mengindikasikan kemungkinan hipertensi dalam kehamilan. Penilaian status gizi maternal mencakup pengukuran Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), Indeks Massa Tubuh (IMT), serta Lingkar Lengan Atas (LiLA). Pengukuran LiLA $< 23,5$ cm menandakan ibu mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) yang berisiko melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

5.2 Pemeriksaan Head to Toe (Kepala hingga Ekstremitas)

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis mulai dari daerah kepala hingga ekstremitas bawah:

- **Kepala dan Wajah:** Evaluasi edema wajah (tanda preeklamsia), kloasma gravidarum, serta konjungtiva mata untuk melihat tanda anemia (pucat) dan sklera ikterik.
- **Leher:** Palpasi kelenjar tiroid (evaluasi pembesaran/struma) dan pembesaran vena jugularis (JVP).
- **Dada dan Payudara:** Auskultasi bunyi jantung dan paru. Evaluasi payudara meliputi simetrisitas, hiperpigmentasi areola, penonjolan puting susu (nipple), serta pengeluaran kolostrum.
- **Ekstremitas:** Penilaian edema pretibial dan dorsal pedis, varises, serta refleksi patella menggunakan reflex hammer. Refleksi patella negatif dapat mengindikasikan defisiensi vitamin B1 atau hipomagnesemia saat terapi $MgSO_4$.

5.3 Palpasi Abdomen Metode Leopold dan Auskultasi DJJ

Palpasi abdomen Leopold dilakukan mulai usia kehamilan 28 minggu untuk menentukan presentasi, posisi, dan sikap janin:

Teknik Palpasi	Tujuan Pemeriksaan	Temuan Normal / Hasil Perabaan
Leopold I	Menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan bagian janin yang berada di fundus	Fundus teraba bulat, lunak, kurang melenting (bokong)
Leopold II	Menentukan batas samping uterus (posisi punggung dan bagian kecil janin)	Satu sisi teraba keras, rata, papan (punggung); sisi lain teraba bagian kecil/ekstremitas
Leopold III	Menentukan bagian terbawah janin (presentasi) dan apakah sudah masuk PAP	Bagian bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala); jika masih dapat digoyangkan = belum masuk PAP
Leopold IV	Menentukan sejauh mana bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (divergen/konvergen)	Konvergen (sebagian kecil masuk PAP) atau Divergen (sebagian besar masuk PAP)

Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ) dilakukan menggunakan Fetal Doppler atau Stetoskop Leanec di titik *punctum maksimum* (pada punggung janin). Frekuensi DJJ normal berada pada rentang 120–160 kali per menit dengan irama yang teratur. DJJ < 120 bpm (bradikardia) atau > 160 bpm (takikardia) mengindikasikan gawat janin (*fetal distress*).

5.4 Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan Estimasi Berat Badan Janin (TBBJ)

Pengukuran TFU dengan pita ukur (meteran) dalam sentimeter dari tepi atas simfisis pubis hingga puncak fundus uteri digunakan untuk memperkirakan usia gestasi dan pertumbuhan janin. Tafsiran Berat Badan Janin (TBBJ) dihitung menggunakan **Rumus Johnson-Toshach**:

$$TBBJ \text{ (gram)} = (\text{Tinggi Fundus Uteri dalam cm} - N) \times 155$$

Dimana N = 13 jika kepala belum masuk PAP (divergen); N = 12 jika kepala di pintu atas panggul (sejajar); dan N = 11 jika kepala sudah masuk PAP (konvergen).

EVALUASI MANDIRI BAB 5

1. Seorang ibu hamil G1P0A0 TFU 32 cm dengan kepala janin sudah masuk PAP (konvergen). Hitunglah Tafsiran Berat Badan Janin (TBBJ)!
2. Bagaimana cara membedakan antara perabaan kepala dan bokong pada pemeriksaan Leopold I?
3. Apa saja indikasi klinis bahwa denyut jantung janin mengalami *fetal distress* saat pemeriksaan auskultasi?

BAB 6

TANDA BAHAYA DAN DETEKSI DINI KOMPLIKASI KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-3.1):

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan tanda bahaya serta gejala komplikasi dini kehamilan pada trimester I, II, dan III.

6.1 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester I dan II

Deteksi dini komplikasi merupakan kunci utama dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Ibu hamil dan keluarganya harus dilatih untuk mengenali tanda bahaya utama kehamilan. Pada kehamilan muda (Trimester I dan II), tanda bahaya utama meliputi:

- **Perdarahan Pervaginam Kehamilan Muda:** Perdarahan merah segar atau bercak darah yang disertai nyeri perut bawah dapat mengindikasikan *Abortus* (imminens, insipiens, inkomplit, komplit), *Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)*, atau *Mola Hidatidosa*.
- **Hiperemesis Gravidarum (HEG):** Mual dan muntah berlebihan yang mengganggu aktivitas sehari-hari, menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan > 5%, ketonuria, dan gangguan elektrolit.
- **Demam Tinggi dan Keputihan Berbau:** Menandakan adanya infeksi sistemik atau infeksi saluran reproduksi yang berisiko memicu korioamnionitis dan abortus.

6.2 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Pada kehamilan lanjut (Trimester III), tanda bahaya semakin kompleks dan membutuhkan penanganan emergensi yang cepat:

Tanda Bahaya Utama	Gejala dan Temuan Klinis	Kemungkinan Komplikasi Klinis
Perdarahan Pervaginam Kehamilan Lanjut	Darah merah segar tanpa rasa nyeri (Plasenta Previa) ATAU darah kehitaman disertai nyeri perut hebat dan uterus tegang (Solusio Plasenta)	Plasenta Previa, Solusio Plasenta, Ruptur Uteri
Tanda Preeklamsia Berat (PEB)	Sakit kepala hebat yang tidak hilang dengan analgesik, pandangan kabur (skotoma), nyeri ulu hati (epigastrium), TD $\geq 160/110$ mmHg, proteinuria	Preeklamsia Berat, Eklamsia, Sindrom HELLP
Pecah Ketuban Dini (PKD / KPD)	Keluarnya cairan jernih berbau khas dari vagina secara tiba-tiba sebelum ada tanda persalinan	Korioamnionitis, Infeksi Neonatal, Prolaps Tali Pusat
Gerakan Janin Berkurang / Berhenti	Gerakan janin dirasakan < 10 kali dalam periode 12 jam	Gawat Janin (Fetal Distress), Asfiksia Intrauterin, IUFD

6.3 Skrining Komplikasi Hipertensi dan Diabetes Gestasional

Hipertensi dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi Hipertensi Kronis, Hipertensi Gestasional, Preeklamsia, dan Preeklamsia yang tumpang tindih pada hipertensi kronis (*Superimposed Preeclampsia*). Preeklamsia ditandai dengan hipertensi setelah usia kehamilan 20 minggu yang disertai proteinuria ($\geq +1$ pada dipstick) atau disfungsi organ maternal (kerusakan ginjal, trombositopenia, peningkatan enzim hati).

Skrining Diabetes Melitus Gestasional (DMG) dilakukan pada usia gestasi 24–28 minggu menggunakan Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) 75 gram. Ibu dengan Glukosa Darah Puasa (GDP) ≥ 92 mg/dL atau kadar glukosa 2 jam pasca pembebanan ≥ 153 mg/dL didiagnosis mengalami DMG dan membutuhkan tata laksana diet ketat atau terapi insulin.

PEDOMAN SKRINING CEPAT DI FASILITAS PRIMER

Setiap ibu hamil dengan keluhan pusing hebat dan pandangan kabur Wajib diukur tekanan darahnya dan dilakukan pemeriksaan proteinuria kualitatif urine secara instan. Penundaan penanganan preeklamsia berat dapat menyebabkan kejang eklamsia fatal.

EVALUASI MANDIRI BAB 6

1. Jelaskan perbedaan gambaran klinis perdarahan pervaginam pada Plasenta Previa dan Solusio Plasenta!
2. Apa saja kriteria diagnosis Preeklamsia Berat (PEB) berdasarkan rekomendasi ACOG dan POGI?
3. Mengapa gerakan janin berkurang merupakan indikator bahaya hipoksia intrauterin? Jelaskan!

BAB 7

PENATALAKSANAAN AWAL DAN MANAJEMEN GAWAT DARURAT KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-3.2):

Mahasiswa mampu merencanakan dan mendemonstrasikan tindakan awal penanganan gawat darurat komplikasi kehamilan sebelum rujukan.

7.1 Prinsip Penanganan Kegawatdaruratan Kebidanan (BAKSOKU)

Dalam menghadapi kondisi gawat darurat kehamilan di fasilitas kesehatan primer, bidan harus bertindak cepat, tepat, dan terorganisir sesuai dengan prinsip penanganan kegawatdaruratan. Stabilisasi kondisi ibu (ABC: *Airway, Breathing, Circulation*) merupakan prioritas paling utama sebelum melakukan tindakan rujukan.

Persiapan rujukan yang aman harus menerapkan prinsip kesiapsiagaan **BAKSOKU**:

- **B (Bidan):** Dipastikan ibu didampingi oleh bidan/tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi penanganan gawat darurat.
- **A (Alat):** Membawa perlengkapan medis esensial (set emergensi, tabung oksigen, resusitator kit).
- **K (Keluarga):** Suami atau anggota keluarga wajib mendampingi untuk memberikan persetujuan tindakan dan dukungan emosional.
- **S (Surat):** Membawa surat rujukan komprehensif yang berisi riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, dan tindakan yang telah diberikan.
- **O (Obat):** Membawa obat-obatan emergensi yang diperlukan selama perjalanan (MgSO₄, oksitosin, cairan infus).
- **K (Kendaraan):** Menyediakan transportasi ambulans yang layak dan responsif.
- **U (Uang):** Menyiapkan dana cadangan atau dokumen jaminan kesehatan (BPJS/JKN).

7.2 Penatalaksanaan Awal Preeklamsia Berat dan Eklamsia

Pemberian dosis pencegahan kejang menggunakan **Magnesium Sulfat (MgSO₄)** merupakan *gold standard* penanganan awal preeklamsia berat sebelum dirujuk ke rumah sakit sekunder/tersier. Protokol pemberian MgSO₄ mencakup:

Tahap Pemberian MgSO ₄	Dosis dan Cara Pemberian	Syarat Keamanan Pemberian
Dosis Awal (Initial Dose)	4 gram MgSO ₄ 40% (10 mL) dilarutkan dalam 10 mL Aquadest secara IV perlahan selama 5–10 menit OR 4 gram MgSO ₄ 40% IV + 10 gram MgSO ₄ 50% IM (5 gram di bokong kanan & 5 gram bokong kiri)	1. Frekuensi napas $\geq$ 16x/menit 2. Refleks patella (+) positif 3. Produksi urine $\geq$ 30 mL/jam dalam 4 jam terakhir 4. Tersedia antidotum: Kalsium Glukonas 10%
Dosis Pemeliharaan (Maintenance)	Infus 6 gram MgSO ₄ 40% dalam 500 mL Ringer Laktat diberikan 28 tetes/menit selama 24 jam	Selalu evaluasi TTV, refleks patella, dan uresis setiap jam selama pemberian. Stop MgSO ₄ jika terjadi intoksikasi!

7.3 Penatalaksanaan Awal Perdarahan dan Syok Anafilaktik/Hipovolemik

Pada kasus perdarahan berat kehamilan (solusio plasenta atau abortus komplik berat), ibu berisiko tinggi mengalami syok hipovolemik. Penanganan awal mencakup:

1. Pemasangan 2 jalur IV kanula berukuran besar (G 16 atau G 18) untuk resusitasi cairan cepat.
2. Grojor cairan kristaloid (Ringer Laktat atau NaCl 0,9%) sebanyak 1.000–2.000 mL dalam 30–60 menit pertama.
3. Pemberian Oksigen 4–6 Liter/menit melalui nasal kanul.
4. Posisikan ibu *Trendelenburg* (kaki ditinggikan 30°) untuk mengoptimalkan aliran darah ke otak dan organ vital.
5. Lakukan pemantauan ketat produksi urine melalui pemasangan kateter menetap (foley catheter).

EVALUASI MANDIRI BAB 7

1. Sebutkan 4 syarat mutlak yang harus dipenuhi sebelum bidan memberikan MgSO₄ pada pasien PEB!
2. Apa tindakan pertama yang harus dilakukan jika pasien mengalami depresi pernapasan akibat intoksikasi MgSO₄?
3. Jelaskan langkah-langkah kesiapsiagaan rujukan berbasis prinsip BAKSOKU!

BAB 8

ASUHAN KEBIDANAN PROMOTIF DAN PREVENTIF PADA KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-4.1):

Mahasiswa mampu merancang dan mengaplikasikan rencana asuhan kebidanan promotif dan preventif komprehensif pada kehamilan normal.

8.1 Standar Pelayanan Antenatal Terpadu 10T

Pelayanan Antenatal Care (ANC) terpadu bertujuan untuk menjamin agar setiap kehamilan berlangsung aman, sehat, dan terdeteksi dini apabila ada kelainan. Pemerintah Indonesia menetapkan standar pelayanan antenatal minimum **10T** yang wajib dilaksanakan oleh bidan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan:

1. **Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan:** Memantau kenaikan BB secara berkala (normal 10–12 kg selama hamil).
2. **Ukur Tekanan Darah:** Deteksi dini hipertensi gestasional dan preeklamsia.
3. **Nilai Status Gizi (Ukur LiLA):** Skrining Kurang Energi Kronis (KEK).
4. **Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU):** Memantau pertumbuhan janin dan mendeteksi PJT (Pertumbuhan Janin Terhambat).
5. **Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ):** Skrining kelainan letak janin pada trimester ketiga.
6. **Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Berikan Imunisasi Tetanus Toxoid (TT/Td):** Pencegahan Tetanus Neonatorum.
7. **Beri Tablet Tambah Darah (TTD):** Pemberian minimal 90 tablet Fe (mengandung 60 mg besi elemental & 0,4 mg asam folat) selama kehamilan untuk pencegahan anemia.
8. **Periksa Laboratorium Rutine & Khusus:** Pemeriksaan Hb, golongan darah, proteinuria, reduksi urine, serta skrining HIV, Sifilis, dan Hepatitis B (PPIA/Triple Elimination).
9. **Tatalaksana / Penanganan Kasus:** Penanganan sesuai temuan abnormalitas.
10. **Temu Wicara (Konseling dan Rujukan):** Konseling gizi, perencanaan persalinan (P4K), dan KB pascapersalinan.

8.2 Imunisasi Tetanus dan Nutrisi Maternal

Pencegahan Tetanus Neonatorum dilakukan melalui pemberian vaksin Tetanus Diphtheria (Td) sesuai status eliminasi ibu. Penentuan status Td diawali dari skrining riwayat imunisasi dasar dan lanjutan.

Status Imunisasi Td	Waktu Pemberian Vaksin	Lama Perlindungan Immunologis
Td 1	Kunjungan ANC pertama (sedini mungkin)	Belum ada perlindungan efektif
Td 2	4 minggu setelah Td 1	3 Tahun
Td 3	6 bulan setelah Td 2	5 Tahun
Td 4	1 tahun setelah Td 3	10 Tahun
Td 5	1 tahun setelah Td 4	Perlindungan seumur hidup (> 25 Tahun)

Kebutuhan nutrisi ibu hamil mengalami peningkatan energi rata-rata 300 kkal/hari pada trimester II dan III. Tambahan mikronutrien penting mencakup Asam Folat (400 mcg/hari) untuk mencegah *Neural Tube Defects (NTD)*, Kalsium (1.000 mg/hari) untuk pembentukan tulang janin dan pencegahan preeklamsia, serta Zat Besi untuk sintesis hemoglobin.

8.3 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K merupakan kegiatan berbasis masyarakat yang difasilitasi oleh Bidan Desa untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman. Stiker P4K dipasang di rumah ibu hamil yang mencantumkan nama ibu, taksiran persalinan, calon penolong persalinan, tempat persalinan, calon pendonor darah, serta sarana transportasi rujukan.

EVALUASI MANDIRI BAB 8

1. Sebutkan dan jelaskan secara singkat komponen pelayanan antenatal terpadu 10T!
2. Jelaskan skema pemberian vaksin Td untuk mencapai perlindungan seumur hidup (Td 5)!
3. Bagaimana peran stiker P4K dalam mempercepat pengambilan keputusan di tingkat keluarga saat terjadi kegawatdaruratan?

BAB 9

ASUHAN KEBIDANAN KURATIF DAN MANAJEMEN KELUHAN UMUM KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-4.2):

Mahasiswa mampu menyusun dan mengaplikasikan rencana asuhan kebidanan kuratif serta penatalaksanaan non-farmakologis pada keluhan lazim kehamilan.

9.1 Penatalaksanaan Mual Muntah (Nausea & Vomiting) dan Morning Sickness

Mual dan muntah dialami oleh lebih dari 70% ibu hamil pada trimester pertama, terutama dipicu oleh lonjakan hormon hCG dan estrogen. Penatalaksanaan non-farmakologis berfokus pada perubahan pola makan: makan dalam porsi kecil tapi sering (*small frequent meals*), hindari makanan berminyak/pedas/berbau tajam, dan konsumsi biskuit kering sebelum bangun dari tempat tidur pada pagi hari.

Terapi komplementer berbasis bukti seperti pemberian **ekstrak jahe (*zingiber officinale*)** 250 mg empat kali sehari, akupresur pada titik Perikardium 6 (P6) di pergelangan tangan, serta suplementasi Piridoksin (Vitamin B6) 10–25 mg setiap 8 jam terbukti efektif menurunkan keparahan mual muntah tanpa efek samping negatif pada janin.

9.2 Penatalaksanaan Nyeri Punggung dan Nyeri Pelvis (Pelvic Girdle Pain)

Nyeri punggung bawah dan nyeri pelvis timbul akibat perubahan pusat gravitasi tubuh yang bergeser ke depan serta efek hormon *relaxin* yang melonggarkan ligamen pelvis. Asuhan kebidanan mencakup pengajaran *body mechanics* yang benar (berdiri tegak, hindari membungkuk saat mengambil benda), senam hamil/yoga hamil, penggunaan kompres hangat, serta penggunaan penyangga perut (*maternity belt*).

Keluhan Lazim Ibu Hamil	Etiologi Fisiologis	Intervensi Kebidanan Non-Farmakologis
Konstipasi (Sembelit)	Relaksasi otot polos saluran cerna akibat hormon progesteron & penekanan usus oleh uterus	Konsumsi tinggi serat (buah, sayur), minum air putih 2,5–3 Liter/hari, olahraga ringan (jalan kaki)
Heartburn (Pyrosis)	Refluks asam lambung akibat relaksasi sfingter esofagus bawah	Hindari makan 2 jam sebelum tidur, posisikan kepala lebih tinggi saat tidur, hindari kopi/ cokelat
Kram Kaki Malam Hari	Penumpukan asam laktat, ketidakseimbangan kalsium-fosfor, serta penekanan vaskular ekstremitas	Dorsofleksi kaki saat kram timbul, pijat hangat otot betis, suplementasi kalsium & magnesium
Edema Dependen Kaki	Penekanan vena kava inferior oleh uterus memperlambat aliran darah balik dari ekstremitas bawah	Tinggikan kaki 15–30 cm saat istirahat, hindari kaos kaki ketat, hindari berdiri terlalu lama

9.3 Tata Laksana Anemia Ringan-Sedang pada Kehamilan

Anemia pada kehamilan ditegakkan jika kadar Hb < 11,0 g/dL pada trimester I dan III, atau < 10,5 g/dL pada trimester II. Pada anemia defisiensi besi ringan (Hb 9,0–10,9 g/dL), terapi kuratif diberikan dalam bentuk tablet besi elemental 120–180 mg per hari. Ibu didukasi untuk meminum tablet Fe bersama dengan air jeruk (Vitamin C) guna meningkatkan absorpsi besi, dan melarang minum bersama teh, kopi, atau susu yang mengandung zat penghambat absorpsi (tanin/kalsium).

EVALUASI MANDIRI BAB 9

1. Bagaimana mekanisme kerja akupresur titik P6 dalam mengurangi rasa mual muntah pada ibu hamil trimester I?
2. Jelaskan perbedaan penatalaksanaan fisioterapi/senam hamil pada kasus nyeri punggung bawah fisiologis!
3. Apa petunjuk edukasi terbaik saat memberikan suplementasi zat besi pada ibu hamil dengan anemia ringan?

BAB 10

KOMUNIKASI EFEKTIF DAN INTERPROFESIONAL DALAM ASUHAN KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-5.1):

Mahasiswa mampu mengkomunikasikan hasil pemeriksaan, diagnosis, dan rencana asuhan kebidanan secara efektif kepada klien, keluarga, dan tim kesehatan interprofesi.

10.1 Komunikasi Efektif Menyampaikan Hasil Pemeriksaan

Penyampaian informasi klinis kepada ibu hamil dan keluarga harus dilakukan secara transparan, empati, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh awam. Bidan harus menghindari istilah medis (jargon) yang membingungkan. Prinsip penyampaian informasi mencakup: pembukaan yang ramah, penyampaian temuan normal/abnormal secara objektif, penjelasan implikasi klinis, serta pemberian kesempatan kepada ibu dan keluarga untuk bertanya dan memberikan umpan balik.

10.2 Komunikasi Interprofesional Berbasis Metode SBAR

Pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas membutuhkan kolaborasi yang solid antar profesi kesehatan (Bidan, Dokter Spesialis Obstetri-Ginekologi, Dokter Spesialis Anak, Ahli Gizi, dan Perawat). Untuk mencegah kesalahan komunikasi (*miscommunication*) saat pelaporan kasus komplikasi atau rujukan emergensi, metode **SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)** digunakan sebagai standar komunikasi klinis interprofesional:

Elemen SBAR	Fokus Deskripsi Informasi	Contoh Penerapan Klinis Bidan
S (Situation)	Identitas ibu, lokasi, keluhan utama, dan kondisi kegawatdaruratan saat ini	"Selamat pagi Dokter, saya Bidan A dari Puskesmas X melaporkan Ibu B, usia 28 tahun, G2P1A0 usia gestasi 38 minggu dengan keluhan kejang 1 kali di rumah."
B (Background)	Riwayat medis relevan, riwayat obstetri, TTV awal, dan status kehamilan	"Ibu memiliki riwayat TD normal sebelumnya. HPHT 12 Desember, ANC teratur 6 kali. TTV jam 08.00: TD 170/110 mmHg, Nadi 102x/m, Proteinuria +3."
A (Assessment)	Penilaian klinis/diagnosis sementara bidan berdasarkan temuan objektif	"Penilaian kami ibu mengalami Eklamsia dengan risiko gawat janin dan hipoksia maternal."
R (Recommendation)	Tindakan yang telah diberikan dan usulan/permintaan intervensi dari dokter	"Kami telah memberikan O2 5L/m, dipasang infus RL, dan dosis awal MgSO4 4 gram IV. Kami memohon persetujuan rujukan dan arahan penanganan lanjut di IGD RS."

10.3 Pendekatan Komunikasi Berkelanjutan (Continuity of Care)

Model asuhan *Continuity of Care (CoC)* menekankan hubungan terapeutik jangka panjang antara bidan dan ibu hamil sepanjang siklus reproduksi. Komunikasi yang konsisten dan berkelanjutan terbukti meningkatkan kepuasan pasien, menurunkan tingkat kecemasan persalinan, serta meningkatkan angka keberhasilan ASI eksklusif.

EVALUASI MANDIRI BAB 10

1. Buatlah draf pelaporan kasus kebidanan menggunakan metode SBAR untuk kasus Perdarahan Solusio Plasenta!
2. Mengapa penggunaan jargon medis harus dihindari saat memberikan penjelasan diagnosis kepada keluarga ibu hamil?
3. Bagaimana strategi bidan membangun komunikasi interprofesional yang harmonis dengan dokter spesialis di rumah sakit rujukan?

BAB 11

KONSELING KEHAMILAN DAN EDUKASI BERBASIS BUDAYA SERTA PRIVASI

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-5.2):

Mahasiswa mampu memberikan konseling kehamilan yang relevan dengan mempertimbangkan keanekaragaman budaya, nilai privasi, dan hak asasi perempuan.

11.1 Prinsip Konseling Kebidanan (SATU TUJU)

Konseling merupakan proses pemberian bantuan interaktif yang membantu ibu hamil mengambil keputusan yang paling tepat bagi kesehatan dirinya dan janinnya. Prinsip konseling kebidanan secara praktis dirangkum dalam langkah **SATU TUJU**:

- **SA (Sapa dan Salam):** Menyapa ibu secara ramah, mengucapkan salam, dan menciptakan suasana nyaman.
- **T (Tanyakan):** Menanyakan kebutuhan, keluhan, dan informasi yang ingin diketahui ibu.
- **U (Uraikan):** Menguraikan informasi medis yang relevan secara jelas dan objektif.
- **TU (Bantu):** Membantu ibu memahami opsi-opsi asuhan dan memilih keputusan terbaik tanpa ada unsur paksaan (*non-directive counseling*).
- **J (Jelaskan):** Menjelaskan secara lebih detail opsi yang telah dipilih ibu serta langkah-langkah selanjutnya.
- **U (Ulangi / Tindak Lanjut):** Mengulangi poin-poin penting dan menyepakati jadwal kunjungan ulang.

11.2 Asuhan Kebidanan Bersensitivitas Budaya (Cultural Sensitivity)

Indonesia memiliki keragaman adat istiadat dan mitos lokal seputar kehamilan (misalnya pantangan makanan bergizi seperti ikan laut, kebiasaan minum jamu tradisional, atau ritual kehamilan tertentu). Bidan harus menerapkan pendekatan **Transcultural Nursing / Midwifery** dengan cara:

1. **Cultural Preservation / Maintenance:** Mempertahankan budaya lokal yang bermanfaat dan tidak membahayakan kesehatan (misalnya doa bersama, penggunaan bengkung yang tidak terlalu ketat).
2. **Cultural Accommodation / Negotiation:** Menerima budaya yang netral dan bernegosiasi agar tidak merugikan kesehatan (misalnya membolehkan ritual adat asalkan ibu tetap mengonsumsi tablet besi dan makanan bergizi).
3. **Cultural Repatterning / Restructuring:** Mengubah secara perlahan dan edukatif budaya atau mitos yang terbukti secara ilmiah membahayakan keselamatan ibu dan janin (misalnya pantangan makan ikan/daging karena takut amis).

Mitos / Budaya Lokal	Dampak Kesehatan	Strategi Pendekatan Bidan (Repatterning/ Negotiation)
Pantang makan ikan laut karena menyebabkan ketuban amis / anak cacingan	Ibu kekurangan zat protein tinggi dan asam lemak omega-3 yang vital untuk otak janin	Edukasi ilmiah secara santun bahwa protein ikan justru mencerdaskan janin dan membuat plasenta sehat. Libatkan tokoh adat/keluarga.
Minum minyak kelapa murni agar jalan lahir licin saat persalinan	Dapat menyebabkan mual atau diare jika dikonsumsi berlebihan	Akomodasi: membolehkan dalam jumlah sangat sedikit sebagai variasi nutrisi, namun menjelaskan bahwa pelicinan jalan lahir ditentukan oleh kontraksi dan elastisitas perineum.

11.3 Perlindungan Privasi, Kerahasiaan, dan Informed Consent

Bidan wajib menjaga kerahasiaan medis klien (*medical confidentiality*) sesuai dengan etika profesi dan hukum kesehatan. Setiap tindakan pemeriksaan fisik, penapisan laboratorium, atau prosedur medik wajib didahului dengan pemberian informasi komprehensif dan penandatanganan **Informed Consent** (persetujuan tindakan medis). Hak-hak reproduksi perempuan harus dihormati tanpa membedakan status sosial, agama, atau pilihan pribadi.

EVALUASI MANDIRI BAB 11

1. Jelaskan penerapan 3 strategi Transcultural Midwifery (Preservation, Accommodation, Repatterning) dalam penanganan mitos kehamilan!
2. Mengapa informed consent berstatus hukum sangat vital sebelum bidan melakukan tindakan klinis kehamilan?
3. Bagaimana tahapan konseling kebidanan berdasarkan kerangka SATU TUJU?

BAB 12

EVALUASI KEBERHASILAN DAN DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-6.1):

Mahasiswa mampu mengevaluasi keberhasilan asuhan kebidanan serta mendokumentasikan hasil pengkajian dan tindakan menggunakan metode SOAP.

12.1 Prinsip Evaluasi Asuhan Kebidanan Kehamilan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan yang bertujuan untuk menilai efektifitas intervensi yang telah dilaksanakan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan membandingkan respon objektif dan subjektif klien terhadap kriteria standar/indikator keberhasilan yang telah ditetapkan pada rencana asuhan.

Indikator keberhasilan asuhan kehamilan normal meliputi: penambahan berat badan ibu sesuai IMT, kadar Hb dalam batas normal (≥ 11 g/dL), pertumbuhan janin sesuai usia gestasi (TFU & DJJ normal), terbebasnya ibu dari keluhan patologis, serta tercapainya kesiapan fisik dan mental ibu dan keluarga menghadapi persalinan (P4K terisi lengkap).

12.2 Pendokumentasian Metode SOAP Kebidanan

Dokumentasi kebidanan memiliki fungsi legal, administratif, dan komunikasi klinis. Metode pencatatan resmi yang digunakan secara universal dalam praktik kebidanan adalah **SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan)**:

Komponen SOAP	Deskripsi dan Cakupan Data	Contoh Pencatatan Rekam Medis Kebidanan
S (Subjektif)	Ungkapan, keluhan, dan keluhan utama yang disampaikan langsung oleh ibu atau keluarga	"Tbu mengeluh sering kencing pada malam hari sejak 1 minggu terakhir. Tidak ada rasa nyeri saat berkemih."
O (Objektif)	Hasil pemeriksaan fisik, TTV, pemeriksaan obstetri (Leopold, TFU, DJJ), dan hasil laboratorium	"TD: 110/70 mmHg, N: 80x/m, TFU: 30 cm, Punggung Kiri, Presentasi Kepala, DJJ: 140x/m teratur. Protein urine (-)."
A (Analisis)	Diagnosis kebidanan, masalah, dan kebutuhan asuhan berdasarkan interpretasi data S dan O	"Ny. K G1P0A0 usia gestasi 34 minggu, janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik dengan keluhan nokturia fisiologis."
P (Penatalaksanaan)	Rencana tindakan, edukasi, konseling, pemberian terapi, evaluasi respon, dan kesepakatan kunjungan ulang	1. Menjelaskan hasil pemeriksaan. 2. Memberikan edukasi fisiologi kencing malam hari. 3. Menganjurkan kurangi minum menjelang tidur. 4. Kunjungan ulang 2 minggu lagi."

ASPEK LEGAL DOKUMENTASI KEBIDANAN

Catatan SOAP merupakan dokumen hukum yang sah di pengadilan. Prinsip utama dokumentasi: *"Apa yang ditulis harus dilakukan, dan apa yang dilakukan harus ditulis"*. Dilarang menghapus tulisan dengan tip-ex; kesalahan tulisan dicoret satu garis mendatar, diparaf, dan diberi tanggal.

EVALUASI MANDIRI BAB 12

1. Buatlah catatan dokumentasi SOAP lengkap untuk ibu hamil trimester III dengan keluhan anemia ringan!
2. Mengapa komponen Analisis (A) dalam SOAP dapat berubah seiring perkembangan kunjungan ANC ibu?
3. Sebutkan 5 fungsi utama pendokumentasian asuhan kebidanan ditinjau dari aspek hukum dan mutu pelayanan!

BAB 13

REFLEKSI PRAKTIK KEBIDANAN DAN REVIU KOMPREHENSIF ASUHAN KEHAMILAN

Capaian Pembelajaran (Sub-CPMK-6.2):

Mahasiswa mampu merefleksikan praktik asuhan kehamilan dan melakukan reviu komprehensif seluruh materi kehamilan guna persiapan praktik klinis profesional.

13.1 Konsep Praktik Reflektif (Reflective Practice) Bidan

Praktik reflektif merupakan proses berpikir kritis bagi seorang bidan untuk mengevaluasi kembali tindakan klinis yang telah dilakukannya, memahami perasaan dan pengalaman personal, serta mengidentifikasi area yang membutuhkan peningkatan kompetensi. Menggunakan **Gibbs Reflective Cycle**, bidan dapat melakukan analisis reflektif melalui 6 tahapan: Deskripsi Kejadian, Perasaan saat Kejadian, Evaluasi Pengalaman Baik/Buruk, Analisis Situasi, Kesimpulan, dan Rencana Action Plan jika situasi serupa terulang kembali.

13.2 Reviu Komprehensif Manajemen Kebidanan Kehamilan

Integrasi seluruh materi dari Bab 1 hingga Bab 12 merupakan persiapan akhir bagi mahasiswa bidan sebelum terjun ke wahana praktik klinik pelayanan kebidanan. Alur berpikir sistematis (*clinical reasoning*) bidan dalam pelayanan kehamilan dimulai dari:

1. **Pengumpulan Data Subjektif dan Objektif yang Presisi:** Mengombinasikan anamnesis etis dan pemeriksaan fisik head to toe, Leopold, serta laboratorium.
2. **Penegakan Diagnosis dan Identifikasi Masalah Potensial:** Membedakan dengan jeli kondisi fisiologis normal versus kondisi patologis/risiko tinggi.
3. **Penetapan Tindakan Segera / Kolaborasi / Rujukan:** Bertindak cepat pada kondisi emergensi (PEB, perdarahan, fetal distress).
4. **Perencanaan Asuhan Holistik (Promotif, Preventif, Kuratif):** Pemberian edukasi nutrisi, TTD, vaksinasi Td, P4K, serta perlawanan terhadap mitos merugikan.
5. **Penerapan Komunikasi Terapeutik dan Interprofesional:** Melibatkan keluarga dan berkolaborasi erat dengan tim medis lain menggunakan SBAR.
6. **Evaluasi dan Pencatatan Dokumentasi Legal SOAP:** Memastikan seluruh rangkaian tindakan tercatat secara akuntabel.

EVALUASI MANDIRI BAB 13

1. Bagaimana alur penerapan Gibbs Reflective Cycle dalam mengevaluasi kegagalan penanganan awal kasus eklamsia di lapangan?
2. Gambarkan kerangka alur berpikir klinis (clinical reasoning) bidan dari pengkajian hingga evaluasi asuhan!
3. Apa saja kompetensi utama yang wajib dikuasai seorang bidan agar siap memberikan asuhan kehamilan berbasis Outcome-Based Education (OBE)?

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2023). *Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222*. Obstetrics & Gynecology, 135(6), e237-e260.
- 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.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu* (Edisi ke-3). Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Buku KIA: Kesehatan Ibu dan Anak*. Kemenkes RI dan JICA.
- King, T. L., Brucker, M. C., Kriebs, J. M., & Fahey, J. O. (2019). *Varney's Midwifery* (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2020). *Myles Textbook for Midwives* (17th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Pairman, S., Tracy, S. K., Dahlen, H. G., & Dixon, L. (2023). *Midwifery: Preparation for Practice* (5th ed.). Elsevier Australia.
- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PP IBI). (2020). *Standar Operasional Prosedur Pelayanan Kebidanan dan Kode Etik Bidan Indonesia*. PP IBI.
- World Health Organization (WHO). (2020). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. World Health Organization.