

# Kehamilan & Persalinan



Penulis:

Mardiyatani, Neshy Sulung, Suprida, Dahliana,  
Ira Kusumawaty, Yusro Paridah, Ekadewi Retnosari, Meliyanti.

Editor:

Ns. Yunike, S. Kep., M. Kes  
Kharisma Virgiani, SST., M. Keb

## **Kehamilan dan Persalinan**

Penulis : Mardiyatani HS, SST., SKM  
Neshy Sulung, SST  
Suprida, SKM., M. Kes  
Dahlia, SKM., M. Kes  
Dr. Ira Kusumawaty, SKp., M. Kes., MPH  
Yusro Paridah, S. ST  
Ekadewi Retnosari, SST., M. Keb  
Meliyanti, SKM., MKM

Editor : Ns. Yunike, S. Kep., M. Kes  
Kharisma Virgian, SST., M. Keb

**ISBN : 978-623-329-626-7**

*Copyright* © Januari 2022

Ukuran : 15,5 cm x 23 cm; Hal: x + 96

Isi merupakan tanggung jawab penulis.  
Hak cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip atau memperbanyak baik sebagian ataupun keseluruhan isi buku dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Desainer sampul : An Nuha Zarkasyi  
Penata isi : Hasan Almumtaza

Cetakan I, Januari 2022

Diterbitkan, dicetak, dan didistribusikan oleh  
**CV. Literasi Nusantara Abadi**  
Perumahan Puncak Joyo Agung Residence Kav. B11 Merjosari  
Kecamatan Lowokwaru Kota Malang  
Telp : +6285887254603, +6285841411519  
Email: penerbitlitnus@gmail.com  
Web: www.penerbitlitnus.co.id  
Anggota IKAPI No. 209/JTI/2018



## Kata Pengantar

*Bismillahirrohmanirrohiim....*

Alhamdulillah, puji syukur dipanjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul Kehamilan dan Persalinan.

Buku ini diharapkan dapat menambah informasi dan wawasan pengetahuan mengenai mempersiapkan kehamilan yang aman dengan menjaga keselamatan ibu dan kelangsungan hidup anak serta persalinan yang aman dengan asuhan komprehensif agar dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi yang diperuntukan bagi para pembaca umum dan praktisi kesehatan. Berbagai informasi terkait fenomena yang berkorelasi dengan persiapan selama kehamilan, kehamilan yang aman, persiapan persalinan, manajemen asuhan persalinan continuity care serta women center care dengan menggunakan evidenced based yang perlu dipahami lebih dalam agar ibu dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan lancar dan anak terjaga keselamatannya.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam membantu penyusunan buku ini. Kritik dan saran yang membangun penulis harapkan demi penyempurnaan penulisan pada masa yang akan datang.

Palembang, Agustus 2021

Penulis





## Daftar Isi

Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	v
Daftar Gambar .....	xi
Pendahuluan .....	1

### BAB I

#### SAFE MOTHERHOOD

A. Konsep Teori <i>Safe Motherhood</i> .....	5
1. Pengertian <i>Safe Motherhood</i> .....	5
2. Sejarah <i>Safe Motherhood</i> .....	7
3. Konferensi <i>Safe Motherhood</i> .....	11
4. Pentingnya <i>Safe Motherhood</i> .....	15
5. Lingkungan dalam <i>Safe Motherhood</i> .....	16
6. Peran Penting Seorang Ibu .....	17
7. Epidemiologi .....	17
8. Penyebab Kesakitan dan Kematian Ibu .....	18
9. Masalah dalam <i>Safe Motherhood</i> .....	18
10. <i>Safe Motherhood</i> di Indonesia.....	19
11. Pengambil Keputusan Kebijakan <i>Safe Motherhood</i> .....	21
12. Penyedia Pelayanan Kebidanan <i>Safe Motherhood</i> .....	22
13. Inisiatif <i>Safe Motherhood</i> .....	25
14. Pilar <i>Safe Motherhood</i> .....	29
15. Intervensi Strategis dalam Upaya <i>Safe Motherhood</i> .....	32
16. Peranan Puskesmas <i>Safe Matherhood</i> .....	34
17. Kegiatan Utama <i>Safe Matherhood</i> .....	34
18. Kebijakan Puskesmas Pilar Pelayanan Obstetri Esensial .....	35

19. Pelayanan Obstetri Esensial Darurat (POED).....	35
20. Peranan Suami Merencanakan Keluarga.....	35
21. Dukungan Pelaksanaan <i>Safe Matherhood</i> .....	35
Daftar Pustaka.....	36
Biografi Penulis.....	37

## **BAB II**

### **PROGRAM PEMERINTAH *SAFE MOTHERHOOD***

A. Making Pregnancy Safer (MPS) .....	39
B. Pesan Kunci <i>Making Pregnancy Safer</i> (MPS) .....	43
C. Kerangka Pikir <i>Making Pregnancy Safer</i> (MPS) .....	43
D. Tujuan MPS .....	44
E. Strategi <i>Making Pregnancy Safer</i> (MPS) .....	45
F. Faktor yang Menghambat Upaya Penurunan Aki .....	45
G. Prinsip Dasar Pelaksanaan MPS .....	46
H. Strategi <i>Making Pregnancy Safer</i> (MPS) .....	46
I. Program Pokok <i>Making Pregnancy Safer</i> (MPS) .....	52
J. Peningkatan Kapasitas Manajemen Pengelola Program .....	54
K. Indikator Utama MPS .....	54
1. <i>Safe Motherhood Initiative</i> .....	54
2. <i>Primary Health Care</i> .....	55
3. Bidan Desa.....	64
4. Gerakan Sayang Ibu (GSI).....	65
5. P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) .....	72
6. Jampersal.....	72
7. Program EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival) 75	
Daftar Pustaka.....	87
Biografi Penulis.....	89

### **BAB III**

#### **PERAWATAN PERSALINAN**

A. Konsep Dasar Persalinan Normal .....	91
B. Perawatan Persalinan .....	93
1. Konsep Dasar Perawatan Persalinan.....	93
2. Tujuan Perawatan dalam Persalinan Normal .....	96
3. Rekomendasi Perawatan dalam Persalinan Normal.....	96
C. Dukungan dalam Persalinan.....	97
D. Asuhan Berbasis Sayang Ibu .....	98
1. Asuhan Sayang Ibu pada Kala I Persalinan.....	98
2. Asuhan Sayang Ibu pada Kala II Persalinan .....	99
3. Asuhan Sayang Ibu pada Kala III Persalinan.....	100
4. Asuhan Sayang Ibu pada Kala IV Persalinan.....	100
5. Dukungan kepada Ibu selama masa Persalinan .....	100
Daftar Pustaka.....	105
Biografi Penulis.....	107

### **BAB IV**

#### **CHILD SURVIVAL..... 109**

A. Konsep Teori <i>Child Survival</i> .....	109
1. Latar Belakang.....	109
2. Pengertian <i>Child Survival</i> .....	113
3. Sejarah <i>Child Survival</i> .....	113
4. Peran Faktor Sosial Ekonomi dalam Kelangsungan Anak.....	118
B. Kemitraan Masyarakat di Pelayanan Kesehatan Dasar Bagi Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak-Anak.....	119
C. Program Pemerintah <i>Child Survival</i> .....	127
D. <i>Child Survival</i> pada Masa Pandemi Covid-19.....	128
Daftar Pustaka.....	132
Biografi Penulis.....	133

## **BAB V**

### **PSIKOLOGIS PADA MASA KEHAMILAN**

A. Konsep Dasar Psikologis pada masa kehamilan.....	135
B. Perubahan Psikologis dan Sosial Selama Kehamilan.....	137
C. Bukti Empiris yang Menghubungkan Kecemasan, Stres, dan Depresi Ibu Prenatal pada Bayi.....	138
D. Perubahan psikologi pada masa Persalinan.....	140
E. Masalah Psikologis yang Terjadi Pada Saat Persalinan .....	142
F. Faktor Penyebab Gangguan Psikologis atau Kecemasan pada Ibu Bersalin dan Cara mengatasinya .....	147
G. Status Psikologis.....	174
H. Instrumen Pengalaman Kondisi Kecemasan Ibu Bersalin.....	174
Daftar Pustaka.....	180
Biografi Penulis.....	193

## **BAB VI**

### **KONSEP PERSALINAN**

A. Konsep Dasar Persalinan.....	195
1. Definisi Persalinan.....	195
2. Macam-Macam Persalinan.....	197
3. Persalinan Berdasarkan Umur kehamilan.....	197
4. Sebab Terjadinya Proses Persalinan .....	198
5. Faktor Pendukung Persalinan .....	200
6. Tujuan Asuhan Persalinan.....	201
7. Model Asuhan Kebidanan.....	202
8. Faktor Penyulit Persalinan.....	212
Daftar Pustaka .....	215
Biografi Penulis.....	217

## **BAB VII**

### **FISIOLOGI KEHAMILAN & PERSALINAN..... 219**

A. Fisiologis Kehamilan.....	219
1. Konsep Dasar Kehamilan .....	219
2. Perubahan Fisiologi Kehamilan.....	219
B. Fisiologi Persalinan .....	225
1. Konsep Dasar Persalinan Normal .....	225
2. Mekanisme Persalinan .....	226
3. Gerakan Kardinal Dalam Persalinan .....	230
Daftar Pustaka.....	233
Biografi Penulis.....	234

## **BAB VIII**

### **PERSALINAN AMAN DAN NORMAL**

A. Persalinan Aman .....	237
1. Pengertian Persalinan Aman.....	239
2. Tujuan Persiapan Persalinan Aman .....	240
3. Komponen dalam persiapan persalinan.....	240
B. Persalinan Normal.....	252
1. Pengertian Persalinan Normal.....	252
2. Tanda-Tanda Permulaan Persalinan .....	253
3. Perubahan Fisiologi .....	254
4. Tahap Persalinan.....	256
5. Proses Terjadinya Persalinan.....	271
6. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan.....	272
7. Pimpinan persalinan .....	275
8. Posisi Ibu dalam Persalinan .....	276
9. Pemeriksaan wanita yang ingin bersalin .....	278
10. Keuntungan dan Kerugian Persalinan Normal .....	279
C. Persalinan yang Aman pada masa Pandemi Covid-19.....	280
D. Temuan Yang Mutakhir .....	284
Daftar Pustaka.....	287
Biografi Penulis.....	289

Review Jurnal Persalinan Aman.....	290
Jurnal –Jurnal Safe Motherhood .....	295
Lampiran Foto Kegiatan.....	314
Indeks.....	327



## Daftar Gambar

Gambar 1.	Angka kematian ibu di indonesia per 100.000 kelahiran hidup tahun 1991-2015.....	22
Gambar 2.	Pelayanan Yang ditanggung oleh Jampersal .....	74
Gambar 3.	Peta Provinsi EMAS.....	77
Gambar 4.	Perubahan Teori EMAS.....	80
Gambar 5.	Kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS-S)	177
Gambar 6.	Fase Persalinan .....	226
Gambar 7.	Persalinan Yang Aman .....	240
Gambar 8.	Stiker P4K .....	241
Gambar 9.	Tempat Persalinan.....	242
Gambar 10.	Tenaga Kesehatan.....	245
Gambar 11.	Pendamping persalinan.....	247
Gambar 12.	Mempersiapkan persalinan .....	248
Gambar 13.	Penentuan Keputusan.....	249
Gambar 14.	Ambulance.....	249
Gambar 15.	Fasilitas Kesehatan .....	250
Gambar 16.	Perawatan Bayi .....	250
Gambar 17.	Keluaga yang bersedia donor .....	251
Gambar 18.	Pemeriksaan Ibu Hamil.....	251
Gambar 19.	Persalinan Yang Di Tolong Oleh Bidan.....	251
Gambar 20.	Bidan Terlatih .....	252
Gambar 21.	Gambar Patograf.....	258
Gambar 22.	Posisi Setengah Duduk.....	262
Gambar 23.	Pemeriksaan Lilitan tali Pusat .....	265
Gambar 24.	Menggunting tali pusat .....	265
Gambar 25.	Cara Melahirkan Bahu .....	266

Gambar 26.	Manajemen aktif Kala III .....	269
Gambar 27.	Mekanisme persalinan normal menurut Mochtar (2011).....	275
Gambar 28.	Skema Masalah Persalinan yang Aman .....	286



## PENDAHULUAN

Bencana nasional non alam yang disebabkan oleh Corona Virus Disease (Covid-19) berdampak terhadap ekonomi, sosial dan kesehatan masyarakat secara luas. Pemerintah telah menetapkan bencana non alam ini sebagai bencana nasional melalui keputusan presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 tentang bencana non alam penyebaran Covid-19 sebagai bencana nasional.

Dalam situasi normal, kesehatan ibu-anak (KIA-B) dan gizi di Indonesia masih menjadi tantangan besar dan diperberat dengan adanya Covid-19 mengingat adanya batasan dalam hal akses dan kualitas layanan. Sehingga dikhawatirkan, adanya peningkatan morbiditas ibu dan anak dan penurunan cakupan pelayanan KIA, KB dan gizi.

Indonesia menduduki posisi ketiga AKI (Angka Kematian Ibu) tertinggi tahun 2017 dengan 177 kematian per 100 ribu kelahiran hidup (Data World Bank, Lokadata). Dari 10 negara ASEAN, baru setengahnya yang melampaui target tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) tahun 2030, kurang dari 70 per 100 ribu kelahiran. Dengan penurunan rata-rata sekitar 3 persen per tahun, Indonesia harus bekerja lebih keras untuk mendekati target tersebut(Lokadata). Hingga tahun 2018/2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi di 305 per 1000 kelahiran hidup.

Jurnal kesehatan reproduksi mengenai tingginya penyebab AKI di Indonesia adalah faktor sosial ekonomi dan budaya memberikan pengaruh nyata terhadap perilaku persalinan di pedesaan dengan AKI rendah dan tinggi. Angka kematian ibu melahirkan yang masih sangat tinggi dan tidak membaik dalam dua dasawarsa tentu menimbulkan banyak pertanyaan. Lebih membingungkan lagi sejak 2014 Indonesia sudah memiliki BPJS kesehatan. Skema tanggungan dana kesehatan, termasuk proses melahirkan ini, seharusnya mampu menekan angka kematian ibu melahirkan. Kenyataannya skema itu tidak banyak membantu.

Sejumlah data pemerintah yang mendukung kondisi itu antara lain bahwa 77 persen kematian ibu melahirkan justru terjadi di fasilitas kesehatan dan di rumah. Selain itu, angka kematian ibu dalam jangka 14 hari setelah melahirkan juga cukup tinggi, yang membuktikan buruknya perawatan bagi mereka (VOA Indonesia.Com. Des 2020).

Jika ditilik lebih dalam, fenomena itu juga menggambarkan kasus keguguran yang tidak tertangani dengan baik. Program rumah singgah bagi ibu yang akan melahirkan untuk menedekatkan mereka yang dari wilayah terpencil ke fasilitas kesehatan juga belum terlaksana. Selain itu juga program rumah singgah ini belum merata di seluruh Indonesia, ada sebagian wilayah kepulauan justru belum mempunyai rumah singgah, contohnya di Ambon dan Maluku. Statistik juga menyebutkan 60 persen remaja putri Indonesia mengalami anemia. Gangguan kesehatan ini memprihatinkan karena penderitanya bisa tidak siap untuk hamil dan melahirkan.

Penyebab kematian ibu melahirkan yang terdata 27 persen disebabkan perdarahan hebat, 15 persen karena komplikasi non obstetrik, dan 33 persen akibat hipertensi (VOA Indonesia.Com.Des 2020).

Penurunan angka tersebut merupakan salah satu tujuan dari program “Safe Motherhood “ yang merupakan kebijakan Kementerian Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada dasarnya mengacu pada intervensi strategi “Empat Pilar Safe Motherhood“ yaitu meliputi Keluarga Berencana, Ante Natal Care (ANC), Persalinan bersih dan aman dan pelayanan obstetri Esensial. Dalam menerapkan upaya “Safe Motherhood” diperlukan pelayanan

pemeriksaan kehamilan yang berkualitas dan sesuai dengan kuantitasnya. Pelayanan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas diberikan

selama kehamilan secara berkala sesuai dengan pedoman antenatal yang telah ditentukan untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan ibu selama hamil, Pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan merupakan hal penting bagi ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

Upaya pelayanan tersebut merupakan salah satu upaya pencegahan terhadap kondisi buruk yang dapat terjadi pada seorang ibu hamil. Berbagai kondisi dapat terjadi pada seorang ibu hamil. Adapun kondisi terburuk yang dapat terjadi pada seorang ibu hamil adalah kematian. Jika standar pelayanan dilaksanakan sudah sesuai dengan prosedur diharapkan dapat mendeteksi risiko tinggi pada ibu hamil lebih awal dan dapat dilakukan rujukan sesegera mungkin (Titis, 2014 ).

Safe Motherhood adalah upaya yang dilakukan untuk menekan angka kematian ibu. Di Indonesia upaya safe Motherhood diartikan sebagai upaya untuk kesejahteraan dan keselamatan ibu. Gerakan yang digunakan untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinannya berjalan dengan sehat, aman dan mendapatkan bayi yang sehat. Safe Motherhood merupakan upaya global untuk mencegah atau menurunkan kematian ibu dengan slogan Making Pregnancy Safer (MPS).

Pelaksanaan Safe Motherhood terdapat 3 pesan kunci dalam MPS yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapatkan penanganan yang adekuat dan setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran. Empat strategi utama dalam MPS yaitu Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas, membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya. Mendorong pemberdayaan perempuan dan juga keluarga melalui peningkatan pengetahuan, mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir ( Martaadisoebrata, 2005 ).

Strategi MPS yaitu mendorong pemberdayaan dan juga keluarga melalui peningkatan pengetahuan seperti pemberian penyuluhan pendidikan kesehatan tentang kehamilan dan persalinan. Merupakan tugas tenaga kesehatan khususnya bidan dalam memberikan pendidikan kesehatan kehamilan sebab kematian dan kesakitan pada ibu hamil dan

bersalin serta bayi baru lahir sejak lama menjadi masalah terutama di negara-negara berkembang.

Sekitar 20–50% kematian perempuan usia subur disebabkan oleh hal yang berkaitan dengan kehamilan. Kematian saat melahirkan menjadi penyebab utama mortalitas perempuan pada masa puncak produksinya. World Health Organization (WHO) memperkirakan setiap tahun 210 juta kehamilan di seluruh dunia. Dari jumlah ini 20 juta perempuan mengalami kesakitan sebagai akibat kehamilan (Martaadisoebrata, 2005 ).

Oleh karena itu banyak upaya yang dilakukan oleh pemerintah agar AKI bisa menurun dan evaluasi berbagai program yang telah dilaksanakan baik itu kelebihan dan kekurangannya.



# BAB I

## SAFE MOTHERHOOD

*Mardiyatani HS, SST., SKM*  
*Universitas Sriwijaya*

### **Konsep Teori *Safe Motherhood***

#### **Pengertian *Safe Motherhood***

*Safe Motherhood* merupakan salah satu upaya atau usaha yang dapat dilakukan agar seluruh perempuan dapat menerima pelayanan/perawatan yang mereka butuhkan selama masa hamil dan bersalin, sehingga proses kehamilan dan persalinan berjalan dengan sehat dan aman serta dapat melahirkan bayi yang sehat.

*Safe Motherhood* adalah salah satu upaya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terutama bidan agar setiap ibu hamil dan bersalin mampu mendapatkan perawatan yang dibutuhkan agar sehat dan aman selama menjalani masa kehamilan dan persalinan.

Terlepas dari perkembangan ini, kombinasi dari pergeseran paradigma itu terjadi di Kairo dan Beijing, dan penegasan kembali kesehatan dan hubungan hak asasi manusia, membawa dimensi baru yang

kuat untuk mendukung untuk ibu yang aman. Kematian ibu, dikatakan, tidak seperti yang lain meninggal. Kehamilan bukanlah penyakit tetapi proses fisiologis yang normal bahwa perempuan harus terlibat demi kemanusiaan. Sedangkan eliminasi atau pemberantasan penyakit adalah upaya yang rasional dan terpuji, strategi yang sama tidak dapat diterapkan pada kematian ibu. Tidak ada patogen untuk dikendalikan, tidak ada vektor untuk dibasmi. Wanita akan terus membutuhkan perawatan selama kehamilan dan persalinan selama kemanusiaan berlanjut untuk mereproduksi dirinya sendiri. Kegagalan dalam mengambil tindakan untuk mencegah kematian ibu merupakan diskriminasi karena hanya perempuan yang menghadapi risiko.

Persepsi tentang perbedaan sifat kematian ibu di dalam konteks penyakit umum dan penyakit telah merangsang minat baru dalam pendekatan berbasis hak untuk menjadi ibu yang aman. Definisi kematian ibu sebagai 'ketidakadilan sosial' serta 'kerugian kesehatan' mewajibkan pemerintah untuk mengatasi penyebab kesehatan ibu yang buruk melalui politik, kesehatan dan sistem hukum. Hal ini menimbulkan pilihan untuk menggunakan perjanjian internasional dan konstitusi nasional yang membahas hak asasi manusia untuk mengadvokasi ibu yang aman dan meminta pertanggungjawaban pemerintah untuk tindakan atau kelambanan mereka.

Salah satu masalah yang paling bermasalah dengan upaya safe motherhood harus bersaing telah menjadi preferensi lembaga donor untuk 'vertikal' program terfokus, yang dirasakan (seringkali benar) lebih efektif dalam menjangkau audiens target mereka dan dalam memenuhi janji mereka. Seperti pendekatan tampaknya telah mencapai hasil di bidang kelangsungan hidup anak. Pada tahun-tahun awal Safe Motherhood Initiative, banyak program berfokus secara eksklusif pada satu komponen seperti pelatihan dukun bersalin tradisional atau memberikan perawatan antenatal. Hanya pada tahun 1997 dipertemuan Sri Lanka membuat konsensus muncul bahwa membuat ibu lebih aman membutuhkan intervensi lengkap, yang terdiri dari perawatan kesehatan untuk wanita selama kehamilan dan persalinan dan termasuk akses ke perawatan medis yang terampil untuk komplikasi. Implikasinya bagi sistem kesehatan sangat signifikan. Menerapkan program ibu aman membutuhkan sumber daya manusia sudah ada (dilatih,

dikerahkan, dan dibayar), bahwa mereka memiliki obat-obatan, peralatan dan persediaan yang diperlukan, dan bahwa mereka mampu untuk berfungsi dalam lingkungan kebijakan, peraturan dan hukum yang mendukung. Ironisnya, saat ini tumbuh persepsi bahwa efektivitas pendekatan vertikal terbatas dalam menangani kondisi masa kanak-kanak juga. Dan memberikan perawatan dan dukungan kepada wajah orang yang hidup dengan HIV/AIDS. di Kehamilan: persyaratan serupa mengurangi kematian dan kecacatan ibu. Era intervensi tunggal yang melewati sistem kesehatan tampaknya baik dan benar-benar berakhir (AbouZahr, 2003)

## **Sejarah *Safe Motherhood***

*Safe motherhood* dicanangkan pada tahun 1987 oleh badan-badan internasional dan pemerintah guna meningkatkan kesadaran dunia tentang pengaruh kematian dan kesakitan ibu serta untuk mendapatkan pemecahan masalahnya. Tujuan utamanya adalah mengurangi kematian dan kesakitan ibu. Upaya ini terutama ditunjukkan kepada Negara yang sedang berkembang. Karena 99% kematian ibu di dunia terjadi dinegara-negara tersebut (Kusmiran, 2012).

Tiga puluh empat tahun lalu, pada bulan Oktober 1987, WHO, UNFPA, dan Bank Dunia menjadi tuan rumah konferensi Internasional *Safe Motherhood (International Conference on Safe Motherhood)* pertama di Nairobi, Kenya. Konferensi yang dibuka oleh Direktur Jenderal WHO pada saat itu, Dr. Halfdan Mahler dan Direktur Eksekutif UNFPA Dr. Nafiz Sadek memiliki arti penting yang mengarah pada peluncuran *inisiatif Safe Motherhood* dan secara luas dikreditkan dengan menempatkan kesehatan ibu di dunia global. Jadwal acara. *Inisiatif Safe Motherhood* dengan cepat diperkuat oleh pihak lain termasuk UNDP, UNICEF, *IPPF, the Population Council*, dan *Family Care International*. Dalam Konferensi ini mempertemukan komonuitas internasional dengan tujuan untuk mencari solusi cara mengatasi tingginya angka kematian ibu yang saat itu diperkirakan mencapai angka sekitar lebih dari 585.000 kematian ibu di dunia setiap tahunnya yang disebabkan karena kehamilan dan persalinan. Hampir 99% kematian ibu tersebut terjadi di negara-negara berkembang.

Kenyataan ini membuka mata dunia bahwa telah terjadi ketimpangan yang besar antara masalah kesehatan perempuan di negara maju dan

negara berkembang. Konferensi kedua yang menjadi tonggak upaya *Safe Motherhood* adalah *World Summit for Children* tahun 1990. Dalam pertemuan-pertemuan ini satu dari tujuh dekralasi adalah menurunkan AKI menjadi setengahnya pada 1990-2000. Untuk mencapai hal ini kemudian dibentuk jaringan global guna meningkatkan kesadaran, prioritas masalah, mobilisasi penelitian, bantuan teknis dan informasi tentang masalah kematian ibu.

Hal ini berarti bahwa setiap negara dari 166 negara yang menandatangani dekralasi tersebut telah menyatakan komitmennya untuk menurunkan AKI di negara masing-masing sebesar 50%. Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut menandatangani dekralasi tersebut juga telah bertekad untuk menurunkan angka kematian ibu dari 450 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 225 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000.

Konferensi yang juga menentukan adalah *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Kairo pada bulan September tahun 1994. Konsensek umum yang disepakati adalah perubahan paradigma dari kontrol penduduk menjadi pemenuhan hak-hak reproduksi manusia. Hal tersebut lebih memfokuskan pada peningkatan kualitas hidup manusia yang hanya dapat dicapai melalui partisipasi penuh dari kaum perempuan di segala bidang. Dengan demikian pemberdayaan perempuan (*Women empowerment*) menjadi pusat perhatian. Peserta konferensi menganggap bahwa ICPD pada tahun 1994 merupakan awal pengakuan global tentang kemitraan pria-perempuan (*equity*) dan pemberdayaan perempuan sebagai dasar dalam merencanakan program kesehatan dan kependudukan yang efektif. Perubahan ke arah analisis ke arah gender ini didukung dan disebarkan secara luas oleh WHO.

Selanjutnya pada konferensi dunia IV tentang wanita di Beijing pada tanggal 15 Oktober 1995, penekanan tentang gender sangat berbeda dengan pemikiran di Nairobi yang lebih sempit tentang upaya yang “terpusat pada wanita”.

Pada bulan Oktober 1997 di Kolombo, Sri Lanka, diselenggarakan *Safe Motherhood* Tehnical Consultation yang merupakan peringatan 10 tahun upaya global dalam *safe Motherhood* yang dicanagkan di Nairobi. Pertemuan yang diikuti oleh wakil dari 65 negara tersebut mengakui bahwa telah banyak usaha yang dilakukan dalam 10 tahun, tetapi masih banyak yang perlu dilakukan.

Dalam pertemuan tersebut disampaikan 10 pesan aksi untuk dapat dilaksanakan di setiap negara, yaitu :

- Mengembangkan *Safe Motherhood* melalui hak azasi manusia.
- Memberdayakan wanita, memberi kesempatan memilih *Safe Motherhood*.
- Investasi sosial dan ekonomi yang vital.
- Menunda perkawinan dan kehamilan pertama.
- Setiap kehamilan menghadapi risiko.
- Memastikan persalinan ditolong oleh tenaga terdidik/trampil.
- Meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas.
- Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengatasi aborsi yang tidak aman.
- Mengukur kemajuan program safe motherhood.
- Kekuatan dalam kemitraan untuk *Safe Motherhood*.

Peringatan ulang tahun yang ke 10 Upaya *Safe Motherhood* ini kemudian dilanjutkan oleh WHO dengan memakai tema tersebut untuk memperingati hari kesehatan sedunia pada bulan April 1998. Walaupun berbagai upaya mendapat berbagai dukungan namun pada kenyataannya upaya penurunan AKI belum menunjukkan hasil yang memuaskan.

Selanjutnya untuk mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian ibu, perinatal dan neonatal WHO meluncurkan inisiatif *Making Pregnancy Safer* (MPS) pada tahun 1999 yang didasari pada penekanan pentingnya kemitraan menurunkan AKI. MPS menjadi komponen penting upaya *Safe Motherhood* di tingkat global.

Inisiatif ini juga menjadi bahan resolusi pada pertemuan regional Asia Tenggara di New Delhi pada September tahun 2000. Diperkirakan Asia Tenggara menyumbang sekitar 40% dari angka kematian ibu di dunia yang terjadi sekitar 500.000 setiap tahun dan hal itu terjadi pada negara-negara berkembang di Asia Tenggara.

Pada pertemuan tersebut negara-negara di Asia Tenggara termasuk Indonesia menyatakan keprihatinan dan ikut mengadopsi resolusi untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu.

*Making Pregnancy Safer* (MPS) menjadi dokumen pedoman bagi negara-negara yang mengadopsinya agar *Safe Motherhood* menjadi prioritas di dalam kebijakan dan anggaran nasional. *Making Pregnancy Safer* (MPS) juga menjadi strategi penurunan kematian ibu dan anak dengan penekanan

pada pentingnya kemitraan antara sektor pemerintah, badan donor, sektor swasta, keluarga dan anggota masyarakat.

Kematian ibu di negara berkembang termasuk di Indonesia masih banyak yang terjadi di rumah, tanpa pertolongan tenaga kesehatan, keterlambatan akses untuk menerima perawatan yang berkualitas dan sebagainya.

Hal ini juga erat kaitannya ketidaktahuan wanita, suami dan keluarga tentang pentingnya pelayanan antenatal (Pemeriksaan selama kehamilan), pertolongan oleh tenaga kesehatan terampil, persiapan kelahiran dan kegawatdaruratan. Merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir.

Pentingnya peningkatan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir, maka pada tahun 2000, telah dicanangkan Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau "*Making Pregnancy Safer*" ( MPS ) sebagai bagian program *Safe Motherhood*.

Tiga puluh tahun kemudian, kemajuan signifikan telah dicapai dalam mengurangi kematian ibu, dengan kemajuan yang signifikan sebagai hasil dari program kerja yang didasarkan pada Tujuan Pembangunan Milenium. Pada 2015, angka perkiraan menurun menjadi 303.000 wanita. Akan tetapi, perlu dicatat bahwa hampir semua kematian ini terjadi di rangkaian sumber daya rendah dan tetap merupakan fakta tragis bahwa sebagian besar dapat dicegah.

Kematian ibu tetap menjadi tragedi yang terabaikan di banyak negara, dan WHO tetap berkomitmen untuk menurunkan lebih lanjut angka kematian ini. Selama Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa 2015, di New York, Sekretaris Jenderal PBB Ban Ki-moon meluncurkan Strategi Global untuk Kesehatan Wanita, Anak-anak dan Remaja, 2016-2030.

Strategi ini adalah peta jalan untuk agenda pasca-2015 seperti yang dijelaskan oleh Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dan berusaha untuk mengakhiri semua kematian yang dapat dicegah dari perempuan, anak-anak dan remaja dan menciptakan lingkungan di mana kelompok-kelompok ini tidak hanya bertahan, tetapi juga berkembang, dan melihat keberadaan mereka. lingkungan, kesehatan dan kesejahteraan berubah.

Sebagai bagian dari Strategi Global dan tujuan mengakhiri kematian ibu yang dapat dicegah, WHO bekerja sama dengan mitra untuk:

- Mengatasi ketidaksetaraan dalam akses dan kualitas layanan perawatan kesehatan reproduksi, ibu, dan bayi baru lahir,
- Memastikan cakupan kesehatan universal untuk perawatan kesehatan reproduksi, ibu, dan bayi baru lahir yang komprehensif,
- Menangani semua penyebab kematian ibu, kesakitan reproduksi dan ibu, dan kecacatan terkait,
- Memperkuat sistem kesehatan untuk mengumpulkan data berkualitas tinggi untuk menjawab kebutuhan dan prioritas perempuan dan anak perempuan, dan
- Memastikan akuntabilitas untuk meningkatkan kualitas perawatan dan kesetaraan.

Pada Tahun 1988 Indonesia mengadakan Lokakarya Kesehatan Ibu yang merupakan kelanjutan Konferensi Nairobi: Mengemukakan betapa kompleksnya masalah kematian ibu, sehingga perlu penanganan oleh berbagai sektor dan pihak-pihak yang terkait Kesepakatan menandatangani 17 sektor, di bawah koordinator Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita sekarang menjadi Kementerian Pemberdayaan Perempuan.

Pada Tahun 1990-1999 Depkes dibantu WHO, UNICEF dan UNDP melaksanakan Assessment Safe Motherhood dengan hasil “Rekomendasi dalam bentuk strategi operasional untuk mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dari 450/100.000 kelahiran hidup pada 1986 menjadi 225 pada tahun 2000.

Pada Tahun 1996 diadakan Lokakarya Kesehatan Reproduksi (komiten Indonesia terhadap ICPD Kairo) dan pada pertengahan tahun diluncurkan Gerakan Sayang Ibu (GSI), yaitu: Upaya advokasi dan mobilisasi sosial untuk mendukung upaya percepatan penurunan AKI.

## **Konferensi *Safe Motherhood***

Tragedi yang telah lama terabaikan secara berlebihan angka kematian ibu yang tinggi di antara wanita di negara berkembang akhirnya mendapat perhatian dari komunitas kesehatan dunia internasional pada Konferensi *Safe Motherhood* diadakan di Nairobi, Kenya, 10-13 Februari 1987. Konferensi, yang meluncurkan kampanye di seluruh dunia untuk mempromosikan peningkatan standar kesehatan ibu di negara berkembang, diselenggarakan di bawah sponsor bersama dari Bank Dunia, Organisasi Kesehatan Dunia

(WHO) dan Dana PBB untuk Kegiatan Kependudukan (UNFPA). Peserta termasuk menteri kesehatan dan ahli pembangunan dari sekitar 20 Afrika, negara-negara Asia dan Amerika Latin, sebagai perwakilan dari AS. Badan Pembangunan Internasional, Badan-badan pembangunan Inggris, Kanada, Swedia Denmark, Norwegia dan Finlandia, Yayasan Ford, Rockefeller Dasar dan Carnegie Corporation.

Pada sesi pleno pembukaan, presiden Kenya Daniel Arap Moi, sudah mendukung secara kuat program keluarga berencana, mengatur nada untuk konferensi dengan menjanjikan upaya komitmen berkelanjutan negara untuk meningkatkan standar kesehatan ibu. Barber B. Conable, presiden Bank Dunia, mengumumkan bahwa tujuan utama dari konferensi adalah “untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian di antara pemerintah, lembaga dan organisasi non-pemerintah tentang pengabaian kesehatan perempuan, khususnya di negara berkembang, dan untuk menguraikan strategi untuk memperbaiki situasi putus asa ini.

Dia menantang peserta untuk bekerja untuk mengurangi jumlah wanita yang meninggal saat hamil atau melahirkan hingga setengahnya pada tahun 2000. Untuk mencapai tujuan ini, Conable mengumumkan pembentukan *Safe Motherhood Fund* dengan anggaran yang diusulkan sebesar \$5 juta selama lima tahun ke depan, untuk menyediakan untuk riset operasi yang akan mendukung pengembangan program negara bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu. Bank Dunia dan Program Pengembangan PBB telah menjanjikan \$1 juta terhadap dana tersebut. Conable juga menyatakan bahwa Bank Dunia akan menggandakan tingkat pinjaman saat ini untuk populasi, kegiatan kesehatan dan nutrisi menjadi sekitar \$500 juta pada tahun 1990 dan akan menekankan proyek-proyek yang mempromosikan kesehatan ibu.

Dalam sambutannya pada sesi pembukaan, Nafis Sadik, direktur eksekutif baru UNFPA, menekankan bahwa program untuk mempromosikan kesehatan ibu harus secara bersamaan menekankan keluarga berencana dan bekerja untuk mempromosikan status keseluruhan wanita. Direktur Jenderal WHO Halfdan Mahler menyarankan bahwa data yang dapat diandalkan tentang kematian ibu baru-baru ini tersedia karena mereka yang paling terpengaruh oleh orang-orang yang diabaikan, dengan kekuatan dan pengaruh paling sedikit sumber daya nasional

akan dibelanjakan, mereka adalah orang miskin, petani pedesaan, dan di atasnya semua, wanita. Selanjutnya, dia mempertahankan bahwa keluarga berencana sangat diperlukan dalam berjuang untuk mencegah kematian ibu dan bahwa kita akan sengaja buta jika kita gagal mengakui jutaan aborsi ilegal yang dilakukan setiap tahun, dan menghasilkan skor ribuan kematian dari perdarahan dan septikemia.

Mahler juga menegaskan kembali empat elemen utama dari strategi kesehatan ibu dari WHO: penyediaan perawatan kesehatan primer, termasuk keluarga berencana, ketentuan dari perawatan prenatal, termasuk deteksi dini komplikasi dan rujukan risiko tinggi perempuan ke fasilitas yang sesuai, pelatihan personel untuk membantu pekerjaan rumah atau pengiriman rumah sakit, dan ketersediaan perawatan kebidanan untuk wanita berisiko tinggi. Luasnya Masalah menurut Robert Cook, petugas medis senior di WHO, melaporkan bahwa 99 persen dari perkiraan 500.000 wanita yang meninggal setiap tahun dari komplikasi kehamilan, melakukan aborsi tidak aman dan melahirkan tinggal di Afrika, Asia dan Amerika Latin (300.000 di selatan dan Asia Barat, 150.000 di Afrika dan 34.000 di Amerika Latin). Sebaliknya, ada sekitar 6.000 kematian ibu setiap tahun di semua negara maju. Sepanjang Afrika, kata Cook, kesuburannya tingkat sangat tinggi sekitar 10 kehamilan dan delapan kelahiran hidup per wanita berkontribusi pada tingginya angka kematian ibu yang melebihi 1.000 kematian ibu per 100.000 hidup kelahiran di beberapa daerah pedesaan di benua itu.

Risiko kematian seumur hidup wanita Afrika dari penyebab terkait kehamilan lebih besar dari satu dari 20, sedangkan wanita Amerika adalah satu dari 6.366. Selain itu, itu umumnya percaya bahwa di negara berkembang, untuk setiap wanita yang meninggal karena sebab yang berhubungan dengan kehamilan, kira-kira 10 sampai 15 orang lainnya menderita sakit atau cacat berat. Banyak peserta konferensi mencatat bahwa data yang dapat diandalkan tentang kematian ibu dan morbiditas di negara berkembang tidak tersedia atau tidak lengkap dan setuju bahwa ada kebutuhan mendesak untuk mengembangkan sistem pencatatan yang tepat di semua tingkatan. Basis data yang andal sangat diperlukan jika negara-negara ingin merancang strategi untuk memantau dan meningkatkan kesehatan wanita.

Deborah Maine, dari Pusat Kependudukan dan Kesehatan Keluarga di *Columbia University*, memperkirakan bahwa di negara berkembang, 25-50 persen dari semua kematian yang terjadi pada wanita usia subur akibat dari penyebab terkait kehamilan. Tujuh puluh lima persen dari kematian ini adalah kematian kebidanan langsung akibat perdarahan, sepsis, toksemia, persalinan macet dan ilegal, aborsi yang tidak aman. Sisanya disebabkan oleh kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya yang diperburuk oleh kehamilan atau faktor seperti malnutrisi dan kurangnya akses ke perawatan kesehatan yang memadai.

Mahmood Fathalla, seorang dokter Mesir yang terkait dengan Spesialis Susan A. Cohen WHO adalah rekanan untuk pengembangan kebijakan di Institut Alan Guttmacher, Washington, D.C. Program Reproduksi Manusia pada Konferensi *safe motherhood* menunjukkan bahwa meskipun penyebab paling langsung kematian ibu adalah medis (masalah kebidanan) biasanya hanya bentangan terakhir jalan menuju kematian.” Dia mencatat bahwa studi kematian ibu di sembilan negara menyimpulkan bahwa 63-80 persen dari kematian kebidanan dan 88-98 persen dari semuanya kematian ibu mungkin saja dicegah jika perawatan medis yang tepat telah tersedia selama kehamilan dan pada saat persalinan. Juga dicatat bahwa sebagian besar perempuan di negara berkembang jatuh ke dalam kategori berisiko tinggi untuk hasil kehamilan yang buruk karena mereka sangat muda atau lebih dari 35 tahun, atau mereka sudah memiliki lebih dari empat anak. Selain itu, kematian karena ilegal, aborsi septik adalah kejadian umum. Barbara Kwast, dari unit kesehatan ibu dan anak (KIA) WHO, melaporkan sebuah penelitian yang dia lakukan di antara wanita di Addis Ababa, Ethiopia, yang menemukan bahwa angka kematian ibu adalah 566 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dan 54 persen di antaranya kematian disebabkan oleh aborsi septik.

Hubungan antara kesehatan ibu dan kelangsungan hidup anak diilustrasikan secara dramatis oleh sebuah penelitian di Bangladesh yang mengungkapkan bahwa ketika seorang ibu meninggal saat melahirkan, bayinya memiliki kemungkinan 95 persen untuk mati dalam tahun. Jennifer Mukolwe, manajer program KIA dan keluarga berencana Maendeleo Ya Wanawake, organisasi perempuan yang terbesar di Kenya, melaporkan bahwa sekelompok wanita di pedesaan Kenya mengatakan

kepadanya bahwa tiga wanita di komunitas mereka telah meninggal saat melahirkan; setiap bayi wanita meninggal segera setelah itu, dan anak-anak yang lebih tua semuanya menjadi pengemis di kota. Beberapa peserta menunjukkan bahwa kemiskinan dan rendahnya status perempuan dalam negara berkembang memainkan peran penting dalam menentukan tingkat kematian ibu. Kelsey Harrison, profesor kebidanan dan ginekologi di Universitas Port Harcourt di Nigeria, mencatat bahwa status wanita mempengaruhi nutrisi mereka, perilaku reproduksi, pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kerentanan terhadap praktek tradisional yang berbahaya. Ketua konferensi Fred Sai, penasihat kependudukan Bank Dunia, sepakat bahwa penyebab utama kematian ibu di negara berkembang berakar kuat pada kondisi sosial, budaya, kondisi politik dan ekonomi. Dia lebih lanjut menyatakan bahwa “perempuan didiskriminasi terhadap status hukum, akses ke pendidikan, akses ke makanan, akses ke pekerjaan, akses ke sumber keuangan dan akses keperawatan kesehatan, termasuk layanan keluarga berencana. Sambil mempertahankan pentingnya memperbaiki kondisi sosial yang luas ini, Sai mengatakan bahwa intervensi medis khusus berbiaya rendah dapat memiliki dampak besar dalam mencegah penyebab medis langsung dari sebagian besar kematian ibu di Dunia Ketiga.

### **Pentingnya *Safe Motherhood***

*Safe motherhood* dapat dicapai dengan memberikan pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas kepada semua wanita. Layanan untuk membantu membuat ibu aman meliputi :

- Perawatan oleh tenaga kesehatan terampil sebelum, selama dan setelah melahirkan
- Perawatan darurat untuk komplikasi obstetrik yang mengancam jiwa
- Layanan untuk mencegah dan mengelola komplikasi aborsi yang tidak aman
- Keluarga berencana untuk memungkinkan perempuan merencanakan kehamilan dan mencegah komplikasi yang berhubungan dengan terlalu banyak, terlalu dekat, terlalu dini dan terlalu terlambat
- Pendidikan dan layanan kesehatan untuk remaja, pendidikan masyarakat untuk perempuan, keluarga dan pengambil keputusan.

Ada upaya global yang bertujuan untuk mengurangi kematian dan penyakit di kalangan wanita dan bayi, terutama di negara berkembang. Upaya ini disebut Prakarsa Safe Motherhood. Inisiatif ibu aman global diluncurkan pada tahun 1987 untuk meningkatkan kesehatan ibu dan mengurangi jumlah kematian ibu hingga setengahnya di tahun ini 2000. Ini dipimpin oleh aliansi unik dari lembaga sponsor bersama yang bekerja sama untuk meningkatkan kesadaran, menetapkan prioritas, merangsang penelitian, memobilisasi sumber daya, menyediakan bantuan teknis dan berbagi informasi. Ketika inisiatif diluncurkan, tingkat kematian akibat komplikasi kehamilan dan persalinan sedikit diketahui. Selama dekade pertama inisiatif ini, mitra ibu yang aman ini mengembangkan program model, menguji teknologi baru, dan melakukan penelitian di berbagai negara dan pengaturan.

Layanan Penting untuk *Safe Motherhood* yaitu layanan untuk ibu yang aman harus tersedia melalui penyedia jaringan layanan kesehatan masyarakat terkait, klinik dan rumah sakit. Layanan terintegrasi termasuk:

- Pendidikan masyarakat tentang ibu yang aman
- Perawatan dan konseling prenatal, termasuk promosi gizi ibu
- Kehadiran terampil saat melahirkan
- Perawatan untuk komplikasi obstetrik, termasuk keadaan darurat
- Perawatan pascapersalinan
- Perawatan pasca-aborsi dan, jika penghentian kehamilan tidak bertentangan dengan hukum, atau layanan aborsi aman
- Penyuluhan, informasi dan pelayanan KB
- Pendidikan dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja
- Pendekatan berbasis hak untuk kesehatan dan layanan reproduksi

## **Lingkungan dalam *Safe Motherhood***

Faktor lingkungan memiliki efek langsung pada kesehatan reproduksi individu dan respon masyarakat terhadap kondisi kesehatan reproduksi. Ruang bersalin adalah lingkungan terdekat mempengaruhi kesehatan ibu secara signifikan. Di ruang bersalin lima pembersihan harus dipertimbangkan :

- Lingkungan bersih
- Tangan yang bersih

- Permukaan pengiriman bersih
- Bersihkan perineum
- Membersihkan instrumen pemotong kabel (Ehtiopia Public Health Training Initiative, 2005)

## Peran Penting Seorang Ibu

Sebagai ibu, pendidik, dan produsen barang, perempuan memainkan peran penting dalam perjuangan bersama untuk pengembangan. Oleh karena itu, kematian wanita atau kesehatan yang buruk juga memiliki konsekuensi serius demi kesehatan dan kesejahteraan keluarganya, masyarakat dan bangsanya. Setiap tahun, tujuh juta bayi meninggal dalam waktu enam minggu setelah lahir karena ibu mereka menerima kehamilan yang tidak tepat dan perawatan pengiriman. Tugas yang harus diselesaikan tenaga kesehatan ibu selama kehamilan berhubungan langsung dengan kesehatan yang buruk pada bayi dan ketika seorang ibu meninggal saat melahirkan, bayinya hampir pasti akan mati juga (Tinker & Pos, 2010). Kesehatan dan kelangsungan hidup seorang ibu terus menjadi hal yang sangat penting selama ini kehidupan anak. Banyak kondisi yang menyebabkan kematian dan kecacatan pada ibu, oleh karena itu, berhubungan langsung dengan kematian dan kesakitan anak. Kematian ini, bagaimanapun, berakar pada adat dan praktik tradisional yang memberikan perlakuan istimewa kepada anak laki-laki dalam hal gizi, pendidikan, dan akses ke perawatan kesehatan. Anak perempuan dinikahkan pada usia dini, dan diharapkan untuk melahirkan anak di bawah sepuluh tahun—terutama anak perempuan—berkemungkinan empat kali lebih besar untuk meninggal jika mereka telah kehilangan ibu mereka. dan bukan sebagai dokumen independen.

## Epidemiologi

Sekitar 50 juta ibu hamil di seluruh dunia mengalami morbiditas setiap tahun, dimana 15% dari mereka memiliki cacat jangka panjang seperti fistula, foot drop, jaringan parut vaginal, prolaps rahim, anemia, infertilitas, dll. Lebih dari 300 juta wanita di negara berkembang, saat ini, menderita penyakit jangka pendek dan jangka panjang yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan. Di banyak negara berkembang,

termasuk Ethiopia, komplikasi kehamilan dan melahirkan adalah salah satu penyebab utama kematian di kalangan wanita usia reproduktif. Lebih dari satu wanita meninggal setiap menit karena penyebab seperti itu. perkiraan WHO bahwa lebih dari 600.000 wanita meninggal setiap tahun di seluruh dunia. Dari jumlah tersebut, 99% terjadi di negara berkembang. Dari total 600.000, 273.000 wanita meninggal setiap tahun di Afrika, 46.000 wanita meninggal setiap tahun di Ethiopia. Kematian ibu mencapai 25% dari semua kematian pada wanita usia 15-49 tahun.

Kematian dan kesakitan ibu dapat dikurangi atau dihindari dengan menyediakan dan memperluas sumber daya dan pelayanan yang pada prinsipnya ditujukan untuk mencapai kesehatan ibu dan ibu yang aman. Perawatan ibu kurang dimanfaatkan di negara berkembang. Ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan kematian ibu. Tidak ada yang tahu jumlah pasti kematian ibu yang terjadi setiap tahun di negara berkembang karena sulitnya melaporkan kematian tersebut.

## **Penyebab Kesakitan dan Kematian Ibu**

Risiko kematian seumur hidup wanita adalah 40 kali lebih tinggi di negara berkembang karena dibandingkan dengan negara maju. Secara umum, risiko kematian wanita seumur hidup pada negara berkembang adalah 1 dari 48 dibandingkan dengan 1:1800 di negara maju. Lebih dari tujuh puluh persen kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, aborsi tidak aman, penyakit hipertensi pada kehamilan, infeksi dan persalinan macet, yang dapat dicegah. Dari jumlah tersebut, lebih dari 60% kematian ibu terjadi di 24 jam pertama setelah melahirkan (Ehtioopia Public Health Training Initiative, 2005).

## **Masalah dalam *Safe Motherhood***

Masalah terbesar dari ibu yang aman di negara berkembang adalah di bawah pelaporan dan kesalahan klasifikasi kematian ibu yang mengaburkan gambaran kematian ibu. Statistik vital bila ada-kadang-kadang terlalu di bawah perkiraan kematian ibu. Angka nasional yang tepat tidak selalu diketahui karena data kematian dan kesakitan ibu langka atau hanya mencakup daerah yang terbatas. Menurut WHO (2010) secara global tingkat kematian ibu tertinggi 1.000 kelahiran hidup dan tingkat terendah

adalah 5-10. Kematian ibu dan perinatal secara umum angka tidak sebanding karena penggunaan definisi yang berbeda, dan menurut peneliti berpengalaman, di bawah laporan bisa mencapai 50% (Sastrawinata, 1987).

Faktor umum yang terkait dengan tingginya angka kematian ibu telah diidentifikasi sebagai:

- Kekurangan gizi dan anemia adalah penderitaan umum bagi perempuan.
- Fasilitas kesehatan sering tidak dapat diakses secara finansial, geografis, atau budaya atau berkualitas buruk.
- Terlalu banyak persalinan berlangsung tanpa bantuan petugas terlatih
- Perempuan juga tidak memiliki akses terhadap layanan antenatal dan perawatan pascapersalinan yang dapat menyelamatkan nyawa mereka
- Praktik tidak aman yang umum, dan bantuan medis terlatih sering hanya dicari setelah mengancam jiwa komplikasi muncul
- Sistem komunikasi, informasi, dan transportasi kurang berkembang, sehingga sulit untuk menghubungkan wanita yang sekarat dengan layanan medis yang menyelamatkan jiwa.

Prioritas rendah yang diberikan pada kesehatan ibu di konseptualisasikan oleh Graham dan Campbell (2010) sebagai berasal dari “perangkap pengukuran”, di mana mengabaikan penguatan perempuan. Kurangnya informasi memiliki empat komponen utama: konseptualisasi sempit, sumber data yang ada buruk, indikator hasil yang tidak tepat dan teknik pengukuran yang terbatas. Mendapatkan informasi pada tingkat dan tren sangat penting untuk memahami kesehatan ibu; mengetahui besarnya morbiditas dan mortalitas memungkinkan untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan area masalah, memahami etiologi, dan merencanakan, memantau, dan mengevaluasi program tindakan.

## ***Safe Motherhood di Indonesia***

Di Asia Selatan, 300.000 wanita meninggal setiap tahun saat melahirkan. Untuk setiap wanita yang meninggal, banyak lagi yang menderita penyakit serius atau cacat tetap. Hanya 27% dari kelahiran di dunia terjadi di Asia Selatan, tetapi wilayah ini menyumbang lebih dari setengah dari semua kematian ibu. Republik Indonesia memiliki angka kematian ibu tertinggi di antara negara-negara ASEAN. Perkiraan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup adalah 450, dengan variasi antar provinsi yang luas, dari

130 sampai 750 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Kemajuan yang signifikan sebenarnya telah dibuat di berakhirnya program pembangunan 5 tahun ke-5 (2014), dan diproyeksikan pada akhir tahun.

Program pembangunan jangka panjang ke-2 (PJPT-2), pada tahun 2019, angka kematian akan meningkat tajam turun menjadi 60 per 100.000 kelahiran hidup. Sebuah studi rinci tentang kematian usia reproduksi (RAMOS) di Bali selama 2010 hingga 2012 diperkirakan kematian ibu di provinsi tersebut menjadi 718 per 100.000 kelahiran hidup. Studi ini mengidentifikasi bahwa komplikasi kehamilan, kelahiran anak dan nifas adalah penyebab utama kematian di antara wanita dari kelompok usia reproduktif.

Menurut survei rumah tangga Indonesia yang dilakukan pada tahun 2010, kejadian kematian bayi sebesar 90,3 per 1.000 kelahiran hidup, kematian balita sebesar 19,6 dan kematian ibu sebesar 2,5% dari total kematian. Prevalensi anemia gizi ibu hamil tercatat sebesar 70%. Meskipun di negara-negara kawasan SEA lainnya tingkat acara totalnya berbeda, tetapi kenyataannya masalah ibu aman serupa. Analisis menggunakan data dari kehidupan Keluarga Malaysia. Survei menunjukkan bahwa anak-anak yang lahir sebelum dan setelah interval kelahiran yang pendek mengalami perubahan yang signifikan risiko kematian yang lebih besar pada masa bayi atau masa kanak-kanak daripada yang lain (Vanzo & Starbird, 1991).

Indonesia memiliki Pendapatan Nasional Mentah per kapita lebih tinggi dari Srilanka, tapi kematian ibu 7 kali lebih tinggi dari Srilanka. Berdasarkan *The Indonesian Fertility Research Working Survei* Kelompok (BKS-PENFIN), lebih dari 90% persalinan terjadi di rumah, 74,6% diadakan oleh Dukun (Bidan Tradisional), dan hanya 9,8% oleh tenaga medis terlatih (Chi et al., 1981). Sedangkan di Srilanka lebih dari 85% persalinan dilakukan oleh tenaga terlatih. Rasional untuk perawatan antenatal pada dasarnya adalah skrining untuk mendeteksi tanda-tanda awal, atau faktor risiko untuk, penyakit, diikuti dengan intervensi tepat waktu. Hal ini dimungkinkan untuk mengidentifikasi prekursor, tanda-tanda awal atau faktor risiko untuk setidaknya beberapa penyebab patogen utama kematian ibu seperti peningkatan tekanan darah yang dapat berlanjut ke eklampsia, atau disproporsi sefalo-panggul yang mengarah ke persalinan terhambat.

Namun, potensi intervensi antenatal yang dapat direalisasikan untuk mengatasi masalah ini tidak jelas karena beberapa alasan. Investigasi paling formal tentang keefektifan program perawatan antenatal, baik di negara maju atau berkembang, hanya terkonsentrasi pada pengaruh perawatan pada hasil bayi, kematian perinatal, kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah.

## **Pengambil Keputusan Kebijakan *Safe Motherhood***

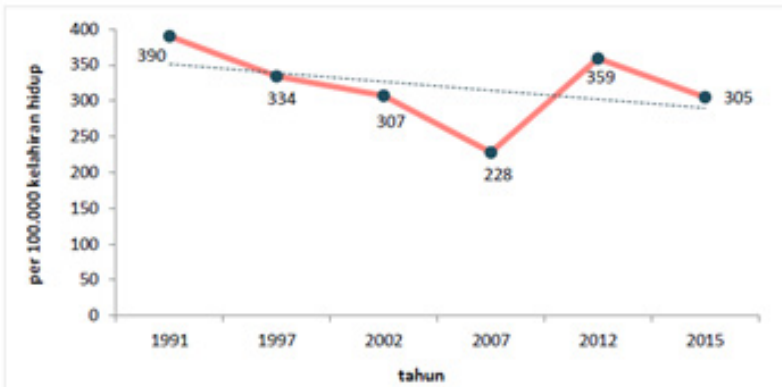
Pengambilan keputusan kebijakan kesehatan dalam *safe motherhood* setidaknya harus didasarkan pada penilaian situasi kesehatan ibu dan pelayanan kesehatan serta penilaian aspek sosial budaya dari ibu yang aman. Tindakan spesifik, bagaimanapun, harus disesuaikan dengan kebutuhan, sumber daya, dan kondisi daerah masing-masing. Di setiap negara, koalisi pemerintah nasional berbasis dewan kementerian, organisasi non-pemerintah, dan lembaga internasional harus bekerja sama untuk mengembangkan rencana tindakan *Safe Motherhood* berdasarkan prinsip-prinsip berikut:

- Memobilisasi kemauan dan komitmen politik. Dorongan untuk bertindak harus dimulai dari orang-orang sendiri, untuk merangsang politisi, pembuat kebijakan, dan pemimpin lokal untuk memahami kebutuhan dan urgensi.
- Melibatkan anggota masyarakat, khususnya perempuan dan kaum muda dalam menetapkan prioritas dan merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi program, untuk memastikan keberlanjutannya.
- Berbagi informasi, ide, materi, dan pengalaman di dalam dan antar negara.
- Kerjasama membantu memastikan program saling melengkapi dan saling mendukung.
- Melibatkan media sebagai sumber utama untuk menciptakan kesadaran tentang masalah *Safe Motherhood*, menghasilkan konsensus publik tentang perlunya tindakan, dan menyampaikan atau memperkuat pesan tentang masalah dan strategi tertentu.
- Menawarkan layanan dan informasi kesehatan ibu termasuk keluarga berencana melalui semua fasilitas kesehatan pada waktu dan tempat yang nyaman bagi pengguna yang dituju.
- Membuat orang peka terhadap masalah, mempertimbangkan ide dan harapan mereka, dan memobilisasi dukungan mereka (Atmadja & Gumilar, 2019)

## Penyedia Pelayanan Kebidanan *Safe Motherhood*

### 1. Penolong Kelahiran Terampil (SBA)

Bukti sejarah menunjukkan bahwa penolong persalinan yang terampil dapat secara efektif mengurangi kematian dengan Perawatan Obstetri Esensial Dasar. “Penolong persalinan terampil” merujuk secara eksklusif kepada dokter dengan keterampilan kebidanan (misalnya, dokter, bidan, dan perawat) yang telah dilatih untuk menguasai keterampilan yang diperlukan untuk mengelola persalinan normal, dan mendiagnosis dan mengelola atau merujuk kasus rumit, mereka memiliki keterampilan diperlukan untuk menyediakan BEOC. Dalam kebanyakan kasus, penolong persalinan terampil garis depan tidak akan memiliki keterampilan bedah. Dua kasus sejarah memberikan bukti efektivitas kelahiran petugas terampil:



Gambar 1. Angka kematian ibu di Indonesia per 100.000 kelahiran hidup tahun 1991-2015

Sumber : (Kemenkes RI, 2019)

Kematian ibu di Indonesia mengalami penurunan pada tahun 1991-2007 dan mengalami kenaikan pada tahun 2012 sebesar 359 dan mengalami penurunan pada tahun 2015 sebesar 305/ 100.000 kelahiran. Dua intervensi dikreditkan hampir sama dengan penurunan kelahiran di rumah dengan bantuan bidan (Kemenkes RI, 2019).

### 2. Dukun bayi tradisional (dukun bayi)

- a. Tidak ada bukti konklusif bahwa dukun bayi saja dapat mengurangi ibu atau kematian bayi baru lahir. Mengingat perawatan yang diperlukan

untuk mengelola komplikasi yang membunuh wanita tersebut, tidak diantisipasi bahwa pelatihan dukun bayi lebih lanjut akan lebih berhasil dalam mengurangi kematian ibu. Pengecualian yang mungkin, tetapi belum dicoba, adalah manajemen atonia uteri yang menyebabkan perdarahan postpartum: dukun bayi dapat memijat rahim.

Keefektifan dukun bayi saja dalam mengurangi kematian bayi baru lahir belum teruji di semua tempat yang dapat diandalkan (Ross, 1986). Lebih banyak penelitian diperlukan untuk mengatasi efektivitas dukun dalam mengurangi kematian bayi baru lahir segera, khususnya dari asfiksia.

- b. Bermitra dengan dukun bayi dengan penyedia yang lebih terampil di tingkat desa telah membawa keberhasilan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Tugas khusus mengelola tenaga kerja dan persalinan, atau mengenali dan mengobati infeksi neonatus, dipertahankan oleh bidan yang lebih terampil untuk persalinan atau petugas kesehatan desa untuk pemberian antibiotik atau imunisasi. dukun bayi memfasilitasi akses ke ibu hamil untuk penolong persalinan terampil atau petugas kesehatan desa karena mereka adalah penjaga pintu rumah ibu dan bayi baru lahir, terutama mereka yang tinggal di pinggiran di daerah yang lebih terpencil, berpendidikan rendah, atau berpenghasilan sangat rendah. Keefektifan dukun bayi saja dalam mengurangi kematian bayi baru lahir belum teruji di semua tempat yang dapat diandalkan (Ross, 1986). Lebih banyak penelitian diperlukan untuk mengatasi efektivitas dukun dalam mengurangi kematian bayi baru lahir segera, khususnya dari asfiksia.
- c. Bermitra dengan dukun bayi dengan penyedia yang lebih terampil di tingkat desa telah membawa keberhasilan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Tugas khusus mengelola tenaga kerja dan persalinan, atau mengenali dan mengobati infeksi neonatus, dipertahankan oleh penyedia yang lebih terampil atau bidan untuk persalinan atau petugas kesehatan desa untuk pemberian antibiotik atau imunisasi. dukun bayi memfasilitasi akses penolong atau petugas kesehatan ke ibu hamil untuk persalinan terampil ke desa karena mereka adalah penjaga pintu rumah ibu dan bayi baru lahir, terutama mereka yang tinggal di pinggiran atau di daerah yang lebih terpencil,

berpendidikan rendah, atau berpenghasilan sangat rendah. Bermitra dengan dukun bayi membutuhkan penjangkauan berkelanjutan oleh sistem kesehatan untuk mendukung hubungan dengan dukun, pengetahuan tentang kebiasaan mereka, dan kepekaan dan rasa hormat terhadap pekerjaan mereka. Di Malaysia, ini berarti secara eksplisit menghormati dan mempromosikan kunjungan post partum dan pendampingan keluarga yang diberikan oleh dukun, sehingga bidan desa yang terampil.

- d. Dukun bayi dapat mengenali dan merujuk wanita dengan komplikasi. Mengikuti pelatihan tentang tanda bahaya dan ke mana harus merujuk, ditambah penyediaan dukungan terus menerus dari staf rumah sakit di kedua Forteleza, Brasil Timur Laut, dan Guatemala Barat Daya, rujukan dukun bayi dengan komplikasi meningkat (Janowitz et al., 1988). Ketika diberikan dukungan terus menerus oleh staf perawat di lokasi pelatihan desa mereka, dan akses ke ambulans, dukun bayi di Brasil secara selektif merujuk wanita dengan persalinan lama, malpresentasi dan kelahiran pertama di rumah sakit umum daerah. Staf rumah sakit memverifikasi bahwa dukun bayi merujuk wanita lebih tepat untuk perawatan di rumah sakit dari rujukan sendiri di 52% versus 18% kasus, masing-masing. dukun bayi merujuk wanita dengan komplikasi lebih mungkin menyebabkan masalah yang lebih parah daripada mereka dengan masalah minor, seperti mual atau pusing, yang tidak mereka rujuk.
- e. Dukun bayi mengubah praktik higienis sulit ditentukan. Kesulitan metodologis yang disajikan oleh laporan diri perempuan atau laporan dukun bayi tentang komplikasi telah dibuat dengan hasil studi tersebut samar-samar. Pelaporan diri wanita tentang komplikasi telah terbukti tidak valid secara biologis, mempertanyakan hasil survei dari Ghana yang melaporkan pengurangan laporan wanita tentang infeksi ibu (dan retensio plasenta) setelah pelatihan TBA (Smith et al., 2000). Pelatihan itu sendiri mungkin tidak secara signifikan mengubah praktik karena berbagai alasan: sistem kepercayaan sebab-akibat tidak berubah, seperti yang ditemukan dengan dukun bayi Bangladesh (Goodburn et al., 1995), pelatihan tidak berbasis kompetensi; dan dukun bayi tidak diawasi dengan baik setelah pelatihan (Claquin et al., 1982).

- f. Memperluas fungsi dukun bayi di luar peran melahirkan telah berhasil. dukun memiliki memberikan tablet zat besi folat untuk wanita hamil dengan hasil penurunan status anemia di antara wanita (Achadi et al., 1995). Mereka juga telah meningkatkan tingkat prevalensi kontrasepsi melalui distribusi metode dan informasi KB.

Bermitra dengan dukun bayi untuk memastikan persalinan yang aman dengan penolong persalinan terampil dan kehidupan neonatus dengan petugas kesehatan desa, dan meningkatkan peran mereka dengan komoditas kesehatan tertentu. Mereka dapat mempromosikan atau menjual, tampaknya membangun kekuatan dukun. Baik kemitraan atau augmentasi dengan komoditas kesehatan memperkuat peran dukun di masyarakat dan dapat memfasilitasi akses perempuan ke penyedia terampil. Namun beberapa kisah sukses yang ada adalah bukti fakta bahwa program pelatihan, perencana, dan manajer program kesehatan memiliki biasanya tidak mampu mengembangkan cara yang efektif untuk memanfaatkan sumber daya TBA.

### **Inisiatif *Safe Motherhood***

Titik fokus konferensi tersebut adalah presentasi dari inisiatif *Safe Motherhood*, rencana aksi yang diusulkan berisi pendekatan praktis menuju pengurangan dari tingginya angka kematian ibu. Rencana menekankan pengenalan langkah-langkah hemat biaya yang melibatkan perawatan kesehatan dan pelayanan keluarga berencana. Inisiatif, yang telah dirumuskan oleh Barbara Herz dan Anthony Measham di Bank Dunia setelah berkonsultasi dengan pakar kesehatan ibu internasional, menyerukan pengembangan sistem tiga tingkat layanan kesehatan yang saling bergantung: pengorganisasian keluarga berencana dan pelayanan perawatan prenatal di tingkat desa, pendirian atau peningkatan pusat bersalin atau rumah sakit di tingkat kabupaten untuk bertindak sebagai jaringan cadangan untuk pengiriman yang rumit dan kedaruratan obstetri, dan pengembangan sistem alarm dan transportasi untuk memindahkan wanita dengan kehamilan berisiko tinggi dan kegawatdaruratan obstetrik ke fasilitas yang dilengkapi dengan tepat.

Rencana *Safe Motherhood* merekomendasikan bahwa layanan pencegahan berbasis masyarakat harus mengandalkan paraprofesional

kesehatan dan dukun bersalin terlatih (TBA) untuk memberikan pendidikan kehidupan keluarga dan layanan keluarga berencana; untuk mengidentifikasi kehamilan wanita dengan risiko tinggi yang hasilnya buruk dan untuk merujuk wanita ini ke rumah sakit kabupaten bila diperlukan; untuk menyediakan perawatan prenatal dan untuk memastikan persalinan yang aman untuk wanita dengan risiko rendah; dan, umumnya, untuk mempromosikan standar kesehatan keluarga dan nutrisi yang lebih baik.

Sejumlah peserta konferensi membahas proyek keluarga berencana berbasis masyarakat yang terbukti berhasil dalam negara mereka sendiri. Jennifer Mukolwe berkata bahwa dia percaya layanan itu untuk keluarga berencana agar dapat diterima, anggota masyarakat sendiri harus meminta layanan seperti itu, daripada memiliki program yang dikenakan pada mereka dari luar. Di Kenya, dia melaporkan, tokoh masyarakat menunjuk individu di setiap desa yang akan bertanggung jawab untuk mendistribusikan kontrasepsi. Penunjukan ini memastikan distributor rasa hormat dan kepercayaan dari anggota masyarakat lainnya. Selain itu, Haryono Suyono, Ketua Umum Badan Koordinasi Keluarga Berencana Indonesia, mengatakan bahwa prinsip utama nya program keluarga berencana negara adalah untuk menyampaikan rasa penting dan prestise kepada akseptor KB. Sebagai contoh, pasangan yang melakukan KB secara konsisten diberikan kartu yang memungkinkan mereka untuk mendapatkan diskon di toko-toko tertentu. Peserta konferensi menyarankan agar banyak dari pelajaran yang didapat tentang menyediakan layanan keluarga berencana berbiaya rendah bisa jadi diterapkan pada penyediaan perawatan bersalin yang lebih baik di tingkat masyarakat.

Rekomendasi inisiatif bahwa layanan tingkat kabupaten menyediakan perawatan rumah sakit untuk wanita dengan risiko tinggi komplikasi selama persalinan menimbulkan sejumlah komentar dari peserta. Alan Rosenfield, dekan Sekolah Kesehatan Masyarakat di Universitas Columbia, menyarankan bahwa di rumah sakit di mana dokter langka, perawat dapat dilatih untuk memberikan obat-obatan kepada menginduksi persalinan atau mencegah infeksi. Dia mengamati itu karena kurangnya pelatihan petugas rumah sakit, pilihan wanita adalah sering tidak antara dokter dan perawat atau bahkan antara perawat dan dukun, tapi antara seseorang dan tidak ada yang menemaninya. Sambe Duale, seorang dokter dari

Zaire, melaporkan bahwa di rumah sakit pedesaan terpencilnya, perawat telah berhasil dilatih untuk melakukan operasi caesar dan postpartum minilaparoskopi. Juga, pusat bersalin telah didirikan di sejumlah pelosok daerah untuk menerima wanita yang akan bersalin. Perawat di pusat-pusat ini dilatih untuk mengidentifikasi wanita berisiko tinggi untuk komplikasi kehamilan dan merujuk mereka ke RSUD. Peserta lain sangat antusias dengan program Duale, melihatnya sebagai model potensial untuk daerah pedesaan lainnya.

Herz dan Measham menggarisbawahi pentingnya kolaborasi antara lembaga non-pemerintah dan pemerintah jika tujuan Inisiatif *Safe Motherhood* ingin dicapai. Para penasihat juga menghitung implementasi rencana itu dapat disimpan dengan biaya kurang dari \$2 (AS) per kapita per tahun di negara-negara yang sekarang menghabiskan rata-rata \$9 per kapita pada perawatan kesehatan. Mereka juga memperkirakan bahwa negara-negara miskin, yang mungkin kekurangan infrastruktur kesehatan yang diperlukan untuk seluruh program *Safe Motherhood*, bisa mencapai kemajuan yang signifikan dalam mengurangi kematian ibu dengan berinvestasi kurang dari \$1 per kapita setiap tahun dalam mengembangkan strategi dan layanan terpilih yang dirancang untuk mengurangi kematian ibu. Meski demikian, perwakilan dari sejumlah negara berkembang negara menyatakan keprihatinan bahwa mereka pemerintah mungkin tidak mampu bahkan biaya ini. Meskipun tujuan luas dari inisiatif diterima secara luas, peserta berbeda tentang prioritas program dan alokasi sumber daya. Beberapa merasa bahwa mayor penekanan harus pada membantu wanita meningkatkan status dan tingkat partisipasi mereka dalam masyarakat melalui peningkatan pendidikan dan melalui pekerjaan yang dibayar. Yang lain percaya bahwa inisiatif yang diberikan terlalu banyak, atau terlalu sedikit, menonjol pada layanan keluarga berencana.

Sai berpendapat bahwa tidak ada kebijakan untuk membantu wanita yang tidak termasuk keluarga berencana adalah kebijakan yang valid dan bijaksana. Data survei kesuburan di duunia menunjukkan bahwa jika semua wanita yang mengatakan bahwa mereka tidak menginginkan anak lagi tetapi saat ini tidak menggunakan kontrasepsi yang efektif adalah untuk mencegah semua kelahiran di masa depan melalui keluarga berencana, sejumlah besar kematian ibu-berkisar dari lima persen kematian saat ini di C6te d'Ivoire (di

mana beberapa wanita mengatakan mereka tidak menginginkan lagi anak-anak) hingga 62% di Bangladesh dapat dihindari. Rosenfield dipertahankan bahwa aborsi legal juga harus dilakukan tersedia secara luas sebagai garis pertahanan melawan kematian ibu terkait dengan yang tidak diinginkan kehamilan. Deborah Maine menambahkan bahwa upaya juga harus fokus pada peningkatan perawatan bersalin dan memberikan layanan darurat bagi wanita yang sudah hamil dan dalam kesusahan.

Pada akhir konferensi, konsensus dicapai bahwa sementara pemerintah harus melakukan segala upaya untuk meningkatkan status umum perempuan di negara mereka, intervensi konkret untuk mempromosikan ibu kesehatan, seperti yang diusulkan dalam Brankas Inisiatif Keibuan, akan menghasilkan hasil langsung yang bermanfaat. Sebuah pernyataan konferensi akhir menarik semua keprihatinan peserta bersama dalam ajakan bertindak yang ditujukan kepada dunia pada umumnya. Mungkin kontribusi paling penting dari Brankas Inisiatif *Safe Motherhood* Sai menyimpulkan, akan menarik perhatian pada masalah terkait dengan (kematian ibu di negara berkembang) dan untuk menciptakan kesadaran bahwa sesuatu bisa, harus-memang harus selesai, dimulai dengan komitmen kepala negara dan pemerintahan. Keberhasilan akhir dari Konferensi *Safe Motherhood* akan tergantung pada tindakan yang diambil oleh pemerintah dan lembaga donor. Bank Dunia, WHO dan UNFPA telah meminjamkan prestise dan kepemimpinan mereka untuk penyebab pengembangan dan implementasi strategi yang mempromosikan kesehatan ibu.

Bank Dunia juga telah berjanji untuk mendanai proyek *Safe Motherhood* yang dapat diidentifikasi dan, dengan Program Pembangunan PBB, telah berjanji untuk menyediakan benih uang untuk *Safe Motherhood Fund*. Dana ini, di bawah naungan WHO, yang dirancang untuk menyediakan riset operasi untuk lebih memperkuat beberapa data awal yang disajikan pada konferensi dan lebih spesifik mendefinisikan pendekatan praktis dan efektif untuk mengurangi mortalitas dan morbiditas. Pendekatan seperti itu pasti akan mencakup keluarga berencana, perawatan prenatal dan kapasitas untuk merespon cepat dan berpengetahuan untuk darurat kebidanan. Sebagian besar menteri kesehatan di konferensi, beberapa di antaranya mengakui hanya samar-samar menyadari tingkat keparahan masalah kematian ibu, banyak lebih sedikit solusi yang mungkin, menunjukkan niat mereka untuk kembali

ke negara mereka sebagai advokasi untuk ibu yang aman. Antusiasme mereka dibagikan oleh perwakilan donor yang, dengan dukungan keuangan mereka, akan menjadi vital dalam membantu mewujudkan tujuan global membuat “kehamilan dan persalinan yang aman untuk semua wanita di masa depan seperti untuk minoritas hari ini (Cohen, 1987).

### **Pilar *Safe Motherhood***

Di negara-negara di Wilayah dengan tingkat kelangsungan hidup ibu tertinggi termasuk Anguilla, Chili, Kuba, Antillen Belanda, Saint Lucia, Saint Vincent dan Grenadines, dan Kepulauan Virgin hampir 100% wanita hamil menerima perawatan prenatal. Memperluas perawatan prenatal yang tepat waktu dan efektif secara universal di seluruh Wilayah dapat mencegah 50% kematian ibu.

Sekitar 30% wanita di Wilayah ini tidak menerima perawatan kehamilan meskipun mereka mengetahui kondisi kehamilan mereka secara tepat waktu. Banyak yang mengabaikan perawatan karena mereka menganggap kehamilan sebagai proses normal dan bukan situasi medis. Program penjangkauan informasi mengenai proses alami dan potensi risiko umum kehamilan dapat memotivasi beberapa wanita ini untuk mencari perawatan. Media massa adalah alat penting untuk kampanye semacam itu. Cara penyajiannya harus lugas dan disesuaikan dengan latar linguistik dan budaya perempuan. Perhatian harus diberikan untuk memastikan bahwa ketika perempuan pergi ke klinik, mereka bertemu dengan personel yang penuh hormat dan perhatian di fasilitas yang dilengkapi dengan baik, dengan kelonggaran privasi yang sesuai baik dalam kesadaran personel maupun desain arsitektural. Hanya dengan cara ini wanita akan kembali ke klinik dan menyampaikan kesan positif kepada kenalan mereka.

Tiga dari setiap empat kelahiran di wilayah ini ditangani oleh pengasuh yang memenuhi syarat, seperti dokter, perawat kebidanan, atau perawat umum yang terlatih untuk mengenali dan merespons dengan pengobatan awal dan rujukan jika terjadi komplikasi. Namun, di daerah pedesaan dan pinggiran kota, lebih dari separuh kelahiran hanya dapat ditolong oleh dukun bayi. Posisi tinggi para wanita ini di masyarakat dan akses mereka ke ibu dan tempat persalinan merupakan kesempatan yang berharga. Program keibuan yang aman yang dapat berhasil membangun aliansi dengan dukun

bayi, mengajari mereka standar kebersihan yang tepat, dan melatih mereka untuk merujuk kasus berisiko tinggi dapat secara nyata meningkatkan angka kematian ibu.

Sedikit lebih dari sepertiga ibu baru di dunia menerima perawatan pascapersalinan. Tanpa observasi pascapersalinan, komplikasi seperti retensi plasenta dan demam nifas lebih mungkin mengancam kehidupan wanita. Selain kewaspadaan terhadap masalah ini, tindak lanjut pascapersalinan harus mendorong wanita untuk menyusui setidaknya selama 6 bulan, membuat keputusan tentang pilihan kesuburan di masa depan, dan mendaftarkan anak-anak mereka dalam program pertumbuhan dan perkembangan.

Risiko seorang wanita dalam kehamilan dan persalinan, pemahaman dan kemampuannya serta kecenderungannya untuk menanggapi, dan cara tanggapannya, semuanya dipengaruhi oleh keadaan keluarga, budaya, ekonomi, dan politiknya. Untuk alasan ini, tujuan *safe motherhood for all* hanya dapat dicapai melalui upaya gabungan pemerintah, masyarakat sipil, sektor ilmiah dan ekonomi, petugas kesehatan, keluarga, dan ibu itu sendiri.

Mengaitkan penurunan kematian ibu dengan program *Safe Motherhood*. Ketika percobaan eksperimental layak, mereka memberikan bukti paling pasti yang menghubungkan inisiatif *Safe Motherhood* dengan perubahan kematian ibu. Sebuah uji coba secara acak komunitas (CRT) biasanya paling cocok untuk menilai dampak dari intervensi multidimensi di seluruh komunitas seperti program *Safe Motherhood*. Namun, CRT hanya sesuai ketika intervensi baru diperkenalkan, dan harganya sangat mahal.

Karena keterbatasan desain eksperimental, studi deskriptif umumnya lebih disukai untuk mengevaluasi program *Safe Motherhood*. Upaya ini harus menggunakan data kuantitatif dan kualitatif untuk membangun argumen yang masuk akal bahwa program—atau intervensi yang merupakan bagian dari program—memiliki efek positif. Biasanya, informasi yang relevan akan mencakup data tentang kematian ibu yang diperoleh melalui metode langsung dan tidak langsung; faktor-faktor yang diketahui mempengaruhi kesehatan ibu, seperti tingkat fertilitas, gizi, kejadian anemia, sikap klien terhadap pelayanan kesehatan; cakupan layanan dan indikator proses, seperti proporsi wanita yang menerima perawatan antenatal, persalinan yang ditolong oleh petugas yang kompeten, dan orang dewasa yang

memiliki pengetahuan tentang komplikasi ibu; serta interval waktu masuk-ke-pengobatan fasilitas kesehatan untuk wanita dengan komplikasi, dll. Kriteria kunci untuk studi yang bermakna adalah bahwa informasi yang dikumpulkan harus cukup untuk menyangkal, serta mengkonfirmasi, hipotesis efektivitas program (Rev Panum Salud Publica, 1998).

Prinsip-prinsip dasar keibuan yang aman bukanlah hal baru atau kontroversial. Mereka dianggap sebagai “enam pilar” *Safe Motherhood* :

- Keluarga Berencana-untuk memastikan bahwa individu dan pasangan memiliki informasi dan layanan untuk merencanakan waktu, jumlah, dan jarak kehamilan.
- *Antenatal Care*-memberikan suplemen vitamin, vaksinasi, dan skrining faktor risiko untuk mencegah komplikasi jika memungkinkan, dan untuk memastikan bahwa komplikasi kehamilan terdeteksi dini dan diobati dengan tepat.
- *Obstetric Care* yang digunakan untuk memastikan bahwa semua penolong persalinan memiliki pengetahuan, keterampilan, dan peralatan untuk melakukan pengiriman yang bersih dan aman, dan untuk memastikan bahwa perawatan darurat untuk kehamilan berisiko tinggi dan komplikasi dibuat tersedia untuk semua wanita yang membutuhkannya.
- Perawatan Pascapersalinan-untuk memastikan bahwa perawatan pascapersalinan diberikan kepada ibu dan bayi, termasuk pendampingan laktasi, pemberian layanan KB, dan mengelola tanda-tanda bahaya.
- Perawatan Pasca Aborsi-untuk mencegah komplikasi jika memungkinkan dan memastikan bahwa komplikasi aborsi terdeteksi dini dan diobati dengan tepat, merujuk masalah kesehatan reproduksi lainnya, dan menyediakan metode keluarga berencana sesuai kebutuhan.
- Pengendalian PMS/HIV/AIDS-untuk menyaring, mencegah, dan mengelola penularan ke bayi, untuk menilai risiko infeksi di masa depan, untuk memberikan konseling sukarela dan pengujian, untuk mendorong pencegahan, dan jika perlu untuk diperluas pelayanan untuk mengatasi penularan dari ibu ke anak (The Health Policy Project, 2003).



## Intervensi Strategis dalam Upaya *Safe Motherhood*

Masalah kematian ibu yang kompleks meliputi masalah non-teknis, di antaranya:

- Status wanita
- Pendidikan

Untuk mengharapkan perubahan drastis dalam tempo singkat kurang realistis, oleh karenanya perlu Adakan intervensi yang berdampak nyata dalam waktu yang relatif pendek. Ada empat pilar safe motherhood yaitu :

### 1. Pelayanan Antenatal

Tujuan pelayanan antenatal (ANC) ini sangat penting untuk mendeteksi lebih dini komplikasi kehamilan dan sarana edukasi bagi perempuan tentang kehamilan, mencegah komplikasi, bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dapat dideteksi sedini mungkin serta ditangani memadai.

Komponen penting pelayanan antenatal meliputi Skrining dan pengobatan anemia, malaria, dan penyakit menular seksual.

Deteksi dan penanganan komplikasi seperti kelainan letak, hipertensi, edema, dan pre-eklampsia. Penyuluhan tentang komplikasi yang potensial, serta kapan dan bagaimana cara memperoleh pelayanan rujukan, dengan terlaksananya pelayanan antenatal sesuai standar diharapkan dapat menekan angka kematian ibu (AKI).

## 2. **Persalinan Yang Aman**

Tujuan persalinan yang aman untuk :

- Memastikan bahwa semua bahwa ibu melahirkan di tolong oleh penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan dan alat penolong yang aman dan bersih, serta melakukan pelayanan yang kompotitif sampai dengan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.
- Pemberian pelayanan obstetri esensial tingkat dasar guna menghindari kegawatdaruratan & komplikasi yang berkaitan dengan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).

## 3. **Pelayanan Obstetri Esensial**

Tujuannya memastikan bahwa pelayanan obstetrik untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia dan dapat dilaksanakan dengan baik, yang pada hakekatnya adalah tersedianya pelayanan secara terus menerus dalam waktu 24 jam untuk bedah cesar, pengobatan penting (anestesi, antibiotik, dan cairan infus), transfusi darah, pengeluaran plasenta secara manual, dan aspirasi vakum untuk abortus inkomplet.

Dalam pelaksanaannya tanpa peran serta masyarakat, mustahil pelayanan obstetri esensial dapat menjamin tercapainya keselamatan ibu. Oleh karena itu, diperlukan strategi berbasis masyarakat yang meliputi:

- Melibatkan anggota masyarakat, khususnya wanita dan pelaksanaan pelayanan setempat, dalam upaya memperbaiki kesehatan ibu.
- Bekerjasama dengan masyarakat, wanita, keluarga, dan dukun untuk mengubah sikap terhadap keterlambatan mendapat pertolongan.
- Menyediakan pendidikan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran tentang komplikasi obstetri serta kapan dan di mana mencari pertolongan.

## 4. **Keluarga Berencana**

Keluarga berencana Konsep KB pertama kali diperkenalkan di Matlab, Bangladesh pada tahun 1976 dengan tujuan untuk memastikan bahwa setiap orang/pasangan mempunyai akses ke informasi dan pelayanan KB. Agar bisa merencanakan yaitu :

- Waktu yang tepat untuk hamil,
- Mengatur jarak kehamilan,
- Menentukan jumlah anak

Pelayanan yang dapat diberikan berupa Konseling, sehingga tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan dan 4 terlalu (4T) :

- Terlalu muda
- Terlalu tua
- Terlalu sering hamil dan
- Terlalu banyak anak

## **Peranan Puskesmas *Safe Matherhood***

Keempat intervensi dalam pilar *safe motherhood* dapat dilaksanakan lewat Pelayanan kesehatan dasar dan bersendikan kesetaraan hak dan status bagi wanita.

- Puskesmas layanan tingkat dasar
- Puskesmas UPT tingkat I masyarakat kurang mampu
- Puskesmas rantai yankes dalam upaya menurunkan AKI
- Puskesmas program yang mengacu 4 pilar *safe matherhood*.

## **Kegiatan Utama *Safe Matherhood***

Ada enam kegiatan utama *safe motherhood* terdiri dari :

### 1. Deteksi Dini Dalam Skrining Antenatal

Upaya melalui pendekatan risiko yang mengelompokkan ibu hamil yang berisiko dan yang tidak berisiko tidak digunakan lagi, karena kenyataannya: > 90% kematian ibu disebabkan komplikasi terjadi pada saat bersalin atau sekitar persalinan, komplikasi obstetrik yang sering tak dapat diramalkan pada saat kehamilan.

Banyak di antara ibu yang dikategorikan ke tidak berisiko ternyata mengalami komplikasi, sebaliknya yang dikategorikan ke berisiko, ternyata persalinannya normal.

Pendekatan yang dianjurkan adalah: Menganggap semua kehamilan itu berisiko dan setiap bumil agar mempunyai akses ke pertolongan persalinan yang aman, dan pelayanan obstetrik.

2. Mengenal Faktor Resiko Ibu Resiko Tinggi Diperkirakan 15% kehamilan akan mengalami keadaan risiko tinggi dan komplikasi obstetrik yang dapat membahayakan kehidupan ibu maupun janinnya bila tidak ditangani dengan memadai.
3. Prediksi Terjadinya Kompilasi Persalinan

4. Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)
5. Pencegahan Melakukan Pencegahan Pro-Aktif, Antisipatif Terhadap Ibu Dan Bayi
6. Antisipasi Intervensi

## **Kebijakan Puskesmas Pilar Pelayanan Obstetri Esensial**

Memberikan pelayanan kesehatan untuk semua macam penyakit obstetri Khusus untuk obstetri harus mampu melakukan : POED & PONED Melaksanakan konsep sayang ibu dan sayang bayi.

### **Pelayanan obstetri esensial darurat (POED)**

Adapun pelayanan Pelayanan obstetri esensial darurat (POED) yaitu :

- Melakukan pertolongan persalinan sungsgang
- Melakukan pertolongan persalinan vakum ekstraksi
- Melakukan plasenta manual
- Memasang infus dan memberikan obat parenteral
- Meneruskan sistem rujukan bila fasilitas tidak memadai.

Pelayanan Obstetri dan Neonatus Esensial Darurat (PONED) merupakan pelayanan POED ditambah dengan melakukan pelayanan neonatus yang mengalami asfiksia ringan, sedang, dan berat. Bila tidak memungkinkan, segera melakukan rujukan.

### **Peranan suami Merencanakan keluarga**

Adapun peran suami dalam merencanakan keluarga yaitu :

- Menjaga dan menyelamatkan kesehatan ibu dan anak.
- Mendukung penggunaan kontrasepsi
- Mempersiapkan perawatan terlatih selama persalinan
- Menjadi ayah yang bertanggungjawab

### **Dukungan Pelaksanaan *Safe Matherhood***

Kebijakan politis, yaitu komitmen dan dukungan dari pimpinan wilayah dengan sector terkait (Tingkat kabupaten / kota, kecamatan, dan pedesaan) yang berkesinambungan dan berkelanjutan dalam pembinaan dan peningkatan untuk pelayanan kesehatan ibu yang terjangkau dalam wadah Gerakan Sayang Ibu. Persepsi sama, disemua tingkat pelayanan

(Polindes, Puskesmas dan Rumah sakit) dalam peningkatan pelayanan kesehatan ibu berbasis masalah keluarga dalam kegiatan deteksi dan kendali. Prilaku paradigma sehat melalui pendekatan pencegahan, pro-aktif antisipatif oleh upaya kuratif rehabilitatif.

## DAFTAR PUSTAKA

- AbouZahr, Carla. 2003. "Safe Motherhood: A Brief History of the Global Movement 1947-2002." *British Medical Bulletin* 67: 13–25.
- Achadi, E. L., M. J. Hansell, N. L. Sloan, and M. A. Anderson. 1995. "Women's Nutritional Status, Iron Consumption and Weight Gain during Pregnancy in Relation to Neonatal Weight and Length in West Java, Indonesia." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 48(SUPPL.).
- Atmadja, Sardjana, and Gulam Gumilar. 2019. "Update Health Policy Decision Making in Safe Motherhood Regional Issue." *ADI Journal on Recent Innovation (AJRI)* 1(2): 9–13.
- Chi, I. Cheng, Tina Agoestina, and Joe Harbin. 1981. "Maternal Mortality at Twelve Teaching Hospitals in Indonesia - an Epidemiologic Analysis." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 19(4): 259–66.
- Claquin, Pierre et al. 1982. "An Evaluation of the Government Training Programme of Traditional Birth Attendants."
- Cohen, Susan A. 1987. "International Family Planning Perspective." *Nursing mirror and midwives journal* 13(2): 68–70.
- Ethiopia Public Health Training Initiative. 2005. "Safe Motherhood." *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*.
- Goodburn, E. A., R. Gazi, and M. Chowdhury. 1995. "Beliefs and Practices Regarding Delivery and Postpartum Maternal Morbidity in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning* 26(1): 22–32.
- Janowitz, Barbara, Patricia E. Bailey, Rosalie C. Dominik, and Lorena Araujo. 1988. "TBAs in Rural Northeast Brazil: Referral Patterns and Perinatal Mortality." *Health Policy and Planning* 3(1): 48–58.
- Kemenkes RI. 2019. 40 *Journal of Clinical Pathology Profil Kesehatan Indonesia 2018*.
- Rev Panum Salud Publica. 1998. "Safe Motherhood 2000 Programs :

- Objective, Design, Adn Evaluation.”
- Ross, David A. 1986. “Does Training TBAs Prevent Neonatal Tetanus?” *Health Policy and Planning* 1(2): 89–98.
- Smith, Jason B. et al. 2000. “The Impact of Traditional Birth Attendant Training on Delivery Complications in Ghana.” *Health Policy and Planning* 15(3): 326–31.
- The Health Policy Project. 2003. “Issues , Goals , and Objectives : Building the Foundation.” In *Safe Motherhood*, , 4–6.
- Vanzo, Julie Da, and Ellen H. Starbird. 1991. “Correlates of Short Interbirth Intervals in Peninsular Malaysia: Their Pathways of Influence Through Breastfeeding and Contraceptive Use.” *Studies in Family Planning* 22(4): 241.

## BIOGRAFI PENULIS



**Mardliyataini HS, SST, SKM.** Lahir di Bengkulu tanggal 26 Agustus 1973 adalah anak pertama dari tiga bersaudara dan ibu dari dua orang putra dan satu orang putri, Alumni D4 kebidanan di poltekkes Kemenkes Bengkulu tahun 2011 dan S1 kesehatan Masyarakat Stikes Tri Mandiri Sakti tahun 2006 dan saat ini sedang menempuh pendidikan pasca sarjana di BKU KIA KESPRO program studi ilmu kesehatan masyarakat universitas Sriwijaya di Palembang. Kesehariannya mengabdikan sebagai ASN di seksi Farmalkes, Alkes dan PKRT Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu dan aktif sebagai pengurus di Organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia provinsi Bengkulu. Buku tentang safe Motherhood ini adalah buku pertama yang dibuat oleh penulis bersama dengan rekannya yang juga sedang menempuh pendidikan S2 IKM di Universitas Sriwijaya. Semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca dalam menambah wawasan dan pengetahuan tentang safe motherhood terkini.





## BAB II

### PROGRAM PEMERINTAH SAFE MOTHERHOOD

*Neshy Sulung, SST  
Universitas Sriwijaya*

#### ***Making Pregnancy Safer (MPS)***

Kematian ibu merupakan beban substansial di banyak negara-negara berkembang. Secara global, lebih dari 40% ibu hamil mungkin mengalami masalah obstetrik akut. WHO memperkirakan bahwa 300 juta wanita di negara berkembang mengalami morbiditas jangka pendek dan jangka panjang yang ditimbulkan oleh kehamilan dan persalinan. Kebanyakan kematian ibu terjadi di negara berkembang dengan jumlah 214 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup,

Sebagian besar kematian ibu terjadi selama persalinan dalam waktu 24 jam pada masa postpartum. Selain sebab medis, ada banyak faktor lain seperti faktor sosial budaya yang saling terkait. Perawatan tertunda karena keterlambatan dalam :

- Mengidentifikasi komplikasi

- Memutuskan untuk mencari perawatan
- Mengidentifikasi dan menjangkau fasilitas kesehatan
- Menerima perawatan yang memadai dan tepat di fasilitas kesehatan.

Penurunan kematian ibu di seluruh dunia menjadi sorotan dan perhatian di dunia. Pada tahun 1994 Konferensi pembangunan dan kependudukan internasional merekomendasikan agar mengalami penurunan setidaknya 50% dari 1990, tahun 2000 dan pada tahun 2015. Pembangunan Milenium Goals (MDGs) telah menetapkan target mencapai 200 kematian ibu per kelahiran hidup pada tahun 2007 dan 109 per kelahiran hidup pada tahun 2015.

Keamanan dan mutu pelayanan persalinan, sebagai diukur dengan kematian ibu, sering digunakan sebagai indikator status pembangunan suatu negara. Di Australia, kematian ibu tidak terduga. Walaupun jumlah kematian kecil, lebih dari satu wanita meninggal setiap dua minggu dalam keadaan terkait dengan melahirkan anak. Setiap kematian ibu tunggal memiliki berdampak besar bagi keluarga dan masyarakat. Banyak dari kematian ini memiliki faktor yang dapat dicegah dan diidentifikasi. Penolong persalinan yang terampil sangat penting dalam memerangi kematian ibu. Di Australia, bidan dokter kandungan dan dokter kandungan praktik umum adalah profesional kunci dalam perawatan wanita hamil. Mereka harus bekerja dalam sistem kesehatan yang efektif di mana: wanita dan bayi baru lahir memiliki akses ke perawatan terampil sepanjang siklus reproduksi (Kildea et al., 2008).

Setiap ibu hamil akan menghadapi risiko tiba-tiba, komplikasi tak terduga yang bisa berakhir dengan kematian atau cedera pada dirinya atau pada bayinya. Terkait dengan kehamilan, komplikasi tidak dapat diprediksi secara andal. Oleh karena itu, diperlukan untuk menggunakan strategi untuk mengatasi masalah tersebut muncul. Kesiapsiagaan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi (BPACR) adalah salah satu intervensi yang mengatasi penundaan ini dengan mendorong ibu hamil, keluarga dan masyarakat untuk secara efektif merencanakan kelahiran dan kesepakatan dalam menangani keadaan darurat. Ini adalah komponen kunci program ibu hamil dengan aman secara global, yang membantu memastikan wanita mencapai perawatan profesional ketika persalinan dimulai dan untuk mengurangi komplikasi yang terjadi pada saat ibu bersalin. BPACR mencakup banyak elemen termasuk :

- Pendaftaran kehamilan
- Pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya
- Rencana tempat melahirkan
- Rencana memilih penolong kesehatan
- Transportasi
- Pendamping persalinan
- Identifikasi donor darah

*Making Pregnancy Safer* (MPS) artinya membuat kehamilan lebih aman yang merupakan salah satu strategi sektor kesehatan yang ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan dan kesakitan ibu dan bayi.

Strategi Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi Dalam Rangka mewujudkan MDGs. Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir (BBL) saat ini masih merupakan masalah, khususnya di negara-negara berkembang. Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) menjadi tonggak sejarah yang menandai komitmen baru untuk memastikan hak ibu dan bayinya.

Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) disusun berdasarkan pengetahuan epidemiologi yang didapat sejak pencanangan Prakarsa Safe Motherhood di Nairobi tahun 1987. Strategi yang disusun sesuai capaian konsensus pada International Conference on Population and Development (ICPD-Cairo,1994).

Konferensi Dunia ke IV tentang Wanita (Beijing,1995) dan pernyataan bersama WHO/ UNFPA/ UNICEF/ World Bank. *Making Pregnancy Safer* (MPS) menyerukan kepada seluruh pihak terkait, seperti pemerintah, masyarakat dan organisasi internasional.

Sesuai komitmen global, Indonesia telah menetapkan penurunan AKI sampai 75% dari keadaan Tahun 1990 450/KH. Pelaksanaan *Making Pregnancy Safer* (MPS), target yang diharapkan dapat dicapai pada tahun 2010 adalah angka kematian ibu menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi baru lahir 35/1.000 KH menjadi 15 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Departemen Kesehatan bersama program Maternal dan Neonatal Health (MNH) sejak tahun 1999 mengembangkan berbagai pendekatan baru yang didasarkan pada praktek-praktek terbaik (*best practices*) yang diakui dunia untuk membantu memperbaiki kondisi kesehatan ibu melahirkan dan bayi baru lahir di beberapa daerah intervensi di Indonesia.

Indonesia mengadopsi pendekatan Strategi Making Pregnancy Safer (MPS) yang dicanangkan WHO pada Tahun 2000 sebagai Gerakan Persalinan Bersih dan Aman, yang telah dicanangkan Presiden RI, pada tanggal 12 Oktober 2000.

Dalam sebuah penelitian oleh (Acharya et al., 2015), BPACR merupakan proses perencanaan untuk proses persalinan normal dan mengantisipasi tindakan yang diperlukan dalam keadaan darurat. Di dalam masyarakat dunia, kepercayaan kebudayaan dan kurangnya kesadaran masyarakat dapat menghambat persiapan untuk melakukan persalinan normal. Sebagian besar ibu hamil dan keluarga tidak tahu bagaimana cara mengenali tanda-tanda bahaya. Ketika komplikasi terjadi, bagi keluarga yang tidak siap dapat terlambat dalam mengenali masalah, mengorganisir, dan menyiapkan uang, mencari transportasi dan mencapai fasilitas rujukan yang sesuai. Kesiapsiagaan adalah strategi dalam mempromosikan asuhan kebidanan ibu dan bayi yang terampil, terutama selama persalinan, berdasarkan teori bahwa persiapan melahirkan dapat mengurangi keterlambatan dalam mendapatkan asuhan ini. Meskipun potensi besar BPACR dalam mengurangi kematian ibu dan bayi lahir statusnya belum diketahui, dalam penelitian ini, tingkat kesadaran secara keseluruhan tentang tanda bahaya kehamilan sangat rendah sekitar 27,8%, lalu pengetahuan yang buruk sebesar 6,7%, dan yang mengetahui tentang bahaya nifas sebesar 8,1% dan sebesar 81,1% wanita telah mengidentifikasi tenaga terampil persalinan yang mirip dengan studi multisentris yang dilakukan di Nigeria, dilaporkan bahwa kesadaran akan konsep kesiapsiagaan kelahiran tinggi 70,6% tetapi pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya masih kurang. Pendidikan dan paritas dilaporkan menjadi prediktor terbaik dalam kesiapsiagaan menghadapi persalinan (Acharya et al., 2015).

Pada studi lain yang dilakukan di Nigeria dilaporkan didapatkan hasil yang sama tentang tingkat pengetahuan kesiapsiagaan dan komplikasi tentang tanda-tanda bahaya kehamilan rendah. Karena setiap kehamilan rentan terhadap terjadinya komplikasi, tingkat kesiapan komplikasi harus ditingkatkan melalui pendidikan yang diberikan. Dalam studi ini ditunjukkan pengetahuan yang memadai tentang kesiapsiagaan kelahiran dan komplikasi menjadi penentu. Menurut Manajer kesehatan di Abakaliki, di Negara Bagian Ebonyi, Nigeria, harus menyebarkan

informasi bidan tentang pentingnya pemilihan awal penolong persalinan yang terampil karena ini akan memberikan kesempatan untuk mendidik ibu hamil tentang konsep BP/CR. Dalam waktu jangka panjang, tingkat pendidikan wanita, dan bidan saat ini harus ditingkatkan karena ini terbukti berkontribusi untuk meningkatkan pengetahuan. Selain itu, ada juga kebutuhan untuk pemerintah Negara Bagian Ebonyi dan lembaga non pemerintah (LSM) untuk membantu pemerintah dalam menyediakan sumber daya yang memungkinkan untuk menjadi ibu yang aman di tingkat komunitas (Anikwe et al., 2020)

### **Pesan Kunci *Making Pregnancy Safer* (MPS)**

Pada tahun 2000 Departemen Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis ( Renstra ) jangka panjang Upaya penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi baru lahir. Dalam renstra ini difokuskan pada kegiatan yang dibangun atas dasar sistem kesehatan yang mantap, untuk menjamin pelaksanaan intervensi dengan biaya yang efektif berdasarkan bukti ilmiah yang dikenal dengan sebutan “*Making Pregnancy Safer (MPS)*” melalui tiga pesan kunci . Tiga pesan tersebut adalah :

- Setiap persaliann ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
- Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat terhadap pencegahan kehamilan.
- Setiap wanita usia subur mempunyai penanganan komplikasi keguguran.

### **Kerangka Pikir *Making Pregnancy Safer* (MPS)**

Keranga pikir *Making Pregnancy Safer* (MPS) dalam Safe Motherhood dukungan yang efektif untuk upaya Safe Motherhood nasional membutuhkan pelaksanaan kegiatan dalam kerangka pikir *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang meliputi area:

- Membangun Kemitraan
- Advokasi
- Penelitian untuk Pengembangan
- Penyusunan Standar dan Instrumen
- Meningkatkan Dukungan Kapasitas, Teknis dan Kebijakan
- Monitoring dan Evaluasi.

## Tujuan MPS

Sebagai komponen penting dari Safe Motherhood adapun nilai tambah Making Pregnancy Safer terletak pada fokus pada sektor kesehatan. Meskipun tujuan Safe Motherhood dan *Making Pregnancy Safer* (MPS) sama, tetapi *Making Pregnancy Safer* (MPS) memiliki fokus yang lebih kuat yang dibangun atas dasar sistem kesehatan yang mantap, untuk menjamin pelaksanaan intervensi yang cost-effective dan berdasarkan bukti, yang bertujuan untuk menanggulangi penyebab utama kematian ibu dan kematian bayi baru lahir.

Tujuannya adalah menanggulangi penyebab utama kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Perhatian khusus difokuskan pula pada kegiatan-kegiatan berbasis masyarakat yang diperlukan untuk menjamin agar wanita dan bayi baru lahirnya mempunyai akses terhadap pelayanan yang diperlukan, dan mau menggunakannya, jika dibutuhkan, dengan penekanan khusus pada penolong persalinan yang terampil dan penyediaan pelayanan dan berkelanjutan.

Dalam kerjasama ini pemerintah Indonesia khususnya Departemen Kesehatan (Depkes) sangat berperan penting karena dalam pelaksanaan program *Making Pregnancy Safer* (MPS), Depkes mengadopsi langkah strategi yang dicanangkan oleh WHO dan menjalankan dengan maksimal untuk mensukseskan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2015.

Adapun tujuan Making Pregnancy Safer (MPS) menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia meminta perhatian pemerintah dan masyarakat di setiap negara untuk merancang kegiatan yang akan dilakukan melalui kemitraan dengan pemerintah dan mitranya:

- Meningkatkan kapasitas pemerintah.
- Menempatkan Safe Motherhood sebagai prioritas dalam agenda pembangunan kesehatan nasional dan internasional
- Membangun sistem yang menjamin pelaksanaan standar ini dengan baik.
- Menyusun atau memperbaharui kebijaksanaan dan standar nasional pelayanan kebidanan untuk Kesehatan Ibu Anak, KB, termasuk pelayanan pasca abortus, pelayanan aborsi bila dilegalkan) dan menyusun kombinasi perundangan untuk mendukung kebijaksanaan dan standar ini.

- Meningkatkan akses kepada pelayanan kesehatan ibu-anak dan pelayanan KB yang efektif dengan memacu investasi sektor pemerintah dan swasta sertamengembangkan pengaturan alternatif (seperti melalui kontrak) untuk memaksimalkan kontribusi pihak swasta pada tujuan nasional.
- Mendorong pelayanan di tingkat keluarga dan masyarakat yang mendukung kesehatan ibu anak dan KB.
- Meningkatkan sistem untuk monitoring pelayanan kesehatan ibu dan anak.

### **Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS)**

Kegiatan utama dari ketiga pesan kunci *Making Pregnancy Safer* (MPS) masing-masing dicapai melalui 4 (empat) strategi yang diadopsi langsung oleh Depkes dari empat strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) global yaitu:

- Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan berkualitas yang *cost-effective* dan berdasarkan bukti-bukti.
- Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan kemitraan lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumberdaya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan *Making Pregnancy Safer* (MPS).
- Mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan mereka untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
- Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

### **Faktor yang menghambat upaya penurunan AKI**

- Strategi yang ada tidak mudah dimengerti dan kurang sosialisasikan dengan baik sehingga belum semua pihak memahami (termasuk para pengelola program)
- Kerjasama masing-masing stakeholder belum maksimal
- Banyaknya program yang diintrodusir oleh para donor agencies sehingga sering membingungkan pengelola program
- Belum ada program prioritas yang efektif yang disepakati oleh semua pihak terkait

- Program yang ada belum dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan dan cakupan belum merata di seluruh Indonesia (oleh karena sumber daya yang tidak mencukupi dibanding dengan banyaknya program)
- Upaya pemberdayaan keluarga belum mendapat perhatian cukup, belum diselaraskan dengan penyediaan pelayanan bermutu dan belum dilaksanakan secara terintegrasi (banyaknya sektor yang ikut melaksanakan upaya pemberdayaan).
- Masih lemahnya sistem informasi (yang berkaitan dengan kesepakatan informasi baku, akurasi data, ketepatan waktu pengiriman dan pemanfaatan data informasi untuk perencanaan dan pemantauan) yang mempengaruhi perencanaan.

### **Prinsip Dasar Pelaksanaan MPS**

- Dilaksanakan dalam konteks Indonesia Sehat 2010
- Ditujukan untuk semua sasaran (utamanya golongan miskin, daerah terpencil dan penampungan)
- Kab/kota merupakan unit pelaksana utama
- Dilaksanakan dalam konteks sistem layanan kesehatan yang ada, baik layanan kesehatan dasar maupun layanan kesehatan rujukan.
- Kemitraan dengan pihak terkait sangat diperlukan untuk penyediaan dan pemanfaatan pelayanan
- Partisipasi perempuan, keluarga dan masyarakat sangat menentukan keberhasilan MPS, termasuk para suami
- Penyediaan layanan kesehatan diutamakan pada upaya yang Cost effective berdasarkan evidence base (3 kegiatan pokok MPS) dan berdasarkan masalah yang ada.

### **Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS)**

Strategi regional untuk *Making Pregnancy Safer* (MPS) memberikan kesempatan untuk menarik perhatian: situasi kesehatan ibu dan perinatal yang buruk di wilayah tersebut dan menciptakan sarana untuk menyatukan upaya untuk mempercepat tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan perinatal di kawasan Eropa. Strategi ini dikembangkan sebagai tanggapan atas permintaan dari beberapa dari 53 Negara Anggota Eropa berdasarkan kebutuhan mereka<sup>1</sup>. Ini bergantung pada komitmen negara-negara anggota untuk meningkatkan

kualitas ibu dan perawatan bayi baru lahir, dan mengambil pelajaran di wilayah tersebut. Penilaian situasi yang ekstensif di negara-negara dan analisis hambatan dan tantangan untuk perawatan terampil di kawasan itu pertama-tama mengembangkan dan membentuk dokumen latar belakang yang komprehensif untuk pendekatan strategis ini. NS dokumen latar belakang yang disebut profil negara MPS tersedia di situs web EURO. Dia merekomendasikan agar strategi nasional mengambil strategi kesehatan dan pembangunan pemerintah yang ada dan rencana sebagai titik awal, menggunakan pendekatan strategis ini sebagai alat untuk mengidentifikasi kesenjangan dan perencanaan untuk tindakan terfokus.

Tujuan dari pendekatan strategis regional ini adalah untuk meningkatkan kesadaran, komitmen dan tindakan terhadap peningkatan kesehatan ibu dan perinatal di wilayahnya. Diharapkan dengan adanya dokumen ini dapat memberikan panduan luas untuk negara-negara yang ingin mengembangkan atau memperbarui strategi nasional dan lokal mereka sendiri untuk peningkatan kesehatan ibu dan bayi. Hasil antara yang dituju oleh strategi ini dicapai adalah memastikan kehamilan dan persalinan yang aman melalui penyediaan, akses ke, dan penggunaan perawatan terampil berkualitas untuk semua wanita dan bayi mereka yang baru lahir, dengan perhatian pada kelompok miskin dan rentan. Strateginya tidak hanya bergantung pada sistem kesehatan, tetapi membutuhkan pendekatan multi-sektoral, karena rangkaian interaksi yang kompleks antara banyak faktor yang mempengaruhi hasil kesehatan ibu dan perinatal. Investasi dalam kesehatan ibu dan bayi diperlukan karena :

1. Ada masalah. Wanita dan bayi masih ada di banyak negara di Kawasan Eropa kematian yang tidak adil dan tidak perlu dan menderita penyakit dan cacat yang tidak perlu. Intervensi berbasis bukti sudah dikenal, namun banyak negara mengalami stagnasi atau bahkan kemunduran dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan perinatal.
2. Karena memperoleh standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai adalah hak asasi manusia. Berdasarkan hak asasi manusia yang disepakati secara internasional dan deklarasi konsensus global semua perempuan dan bayi yang baru lahir, tanpa memandang status sosial ekonomi, budaya, ras atau asal usulnya, berhak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai. Untuk memastikan bahwa hak-hak ini

- dihormati, kebijakan, program dan intervensi harus didasarkan pada kesetaraan gender.
3. Karena perempuan memainkan peran yang tak tergantikan sebagai warga negara, ibu, pengasuh dan seringkali menjadi pencari nafkah keluarga. Oleh karena itu, jika seorang wanita meninggal karena komplikasi kehamilan, atau menjadi sakit atau cacat, kesehatan dan kesejahteraan seluruh keluarga sering kali sangat terpengaruh. Proses dari peningkatan kesehatan ibu melibatkan pemberdayaan perempuan, memberi mereka suara dan pilihan di mana mereka sebelumnya tidak memiliki keduanya.
  4. Karena investasi memutus lingkaran setan antara kesehatan yang buruk dan kemiskinan. Investasi kesehatan ibu adalah cara ampuh untuk meningkatkan kehidupan perempuan miskin dan terpinggirkan. Walaupun peningkatan kesehatan ibu-bayi tidak dapat mengakhiri kemiskinan tetapi dapat memudahkan jalan menuju pelarian dari kemiskinan. Investasi kesehatan ibu dan bayi baru lahir (KIA) tidak hanya meningkatkan kesehatan ibu perempuan, bayi dan keluarga mereka dan menstabilkan jaring pengaman kesejahteraan sosial, tetapi menjaga dari penipisan tenaga kerja yang tidak perlu, memastikan kapasitas produktif dan kesejahteraan ekonomi masyarakat. Kehamilan dan persalinan menempatkan beban pada pendapatan dan sumber daya keluarga dan memenuhi kebutuhan biaya tambahan yang terkait dengan kehamilan dan persalinan, terutama biaya tak terduga untuk menangani komplikasi darurat atau kesehatan, dapat menyebabkan banyak keluarga mengalami kesulitan keuangan dan hutang.
  5. Karena solusinya sudah terkenal - layanan KIB berbasis bukti, andal, hemat biaya dan layak untuk dipertahankan di rangkaian miskin sumber daya.

Strategi Regional *Making Pregnancy Safer* meliputi intervensi yang terkenal dan berbasis bukti, dapat diandalkan, hemat biaya dan layak bahkan di rangkaian miskin sumber daya. Pengalaman selama dekade terakhir telah menunjukkan bahwa itu mungkin untuk meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi baru lahir bahkan di rangkaian yang paling terbatas sumber dayanya; namun, tidak ada intervensi tunggal yang cukup dengan sendirinya. Kematian ibu dan bayi baru lahir dapat berkurang secara signifikan dengan menggunakan intervensi berbiaya rendah dan

efektif dan bahkan negara-negara dengan keterbatasan sumber daya telah berhasil melakukannya. Kesehatan bayi baru lahir berhubungan langsung dengan kesehatan ibu dan bayi. Menghindari komplikasi yang mempengaruhi ibu juga akan meningkatkan hasil perinatal dan mencegah sebagian besar kematian neonatus. Karena biayanya menguntungkan. Meskipun memperkuat sistem kesehatan untuk menyediakan ibu dan perawatan kesehatan bayi baru lahir mahal, manfaat yang mengikuti sangat mengesankan. Selanjutnya, biaya yang dihemat dapat mengatasi kondisi yang dapat dicegah (seperti perdarahan post partum) akan menghasilkan penghematan sektor kesehatan diperkirakan mencapai 10% dari anggaran kesehatan ibu dan bayi baru lahir<sup>2</sup>, yang kemudian bisa menjadi dialokasikan kembali untuk memperkuat sektor lain dari sistem kesehatan. Investasi dalam kualitas ibu dan perawatan kesehatan bayi baru lahir mengarah pada penghematan, kehidupan, serta penghematan dalam upaya dan biaya untuk sektor kesehatan dalam hal komplikasi obstetrik dan neonatal, seringkali mahal untuk diobati. Ini juga lebih murah untuk mencegah masalah kesehatan wanita dan bayi baru lahir daripada mengobatinya nanti atau menghadapi konsekuensi dari tidak memperlakukan mereka sama sekali.

Karena penguatan layanan KIB akan menguntungkan seluruh sistem kesehatan. Ibu dan layanan perawatan bayi baru lahir adalah landasan layanan kesehatan masyarakat, karena perawatan untuk ibu hamil dapat secara efektif menjadi pintu masuk pelayanan kesehatan kepada keluarga dan masyarakat untuk mencegah dan mengobati, misalnya IMS, HIV dan , malaria, memperkenalkan keluarga berencana, memastikan imunisasi, memberikan nasihat gizi, serta program dan intervensi kesehatan lainnya. Memperkuat pelayanan kesehatan melalui peningkatan fasilitas (seperti layanan penjangkauan, klinik dan rumah sakit), menyediakan obat-obatan esensial dan staf, sistem rujukan yang efektif, transportasi dan komunikasi yang memastikan bahwa ibu dan bayi menerima perawatan yang mereka butuhkan, terutama dalam kaitannya dengan komplikasi terkait kehamilan, akan menguntungkan area lain dari sistem kesehatan (World Health Organization, 2008).

Arahan strategis dalam dokumen ini merupakan inti dari *Global Making Pregnancy Safer*. Strategi dan Laporan Kesehatan Dunia 2005, serta strategi

Kesehatan Reproduksi Global yang lebih luas disahkan oleh Menteri Kesehatan pada Sidang Kesehatan Dunia ke-57 pada tahun 2004 memperhitungkan strategi Kesehatan Anak dan Remaja global dan regional, Strategi regional. Kerangka Pencegahan Infeksi HIV pada Bayi dan Reproduksi global dan regional. Strategi Kesehatan, serta inisiatif regional lainnya yang ada, seperti Mempromosikan Perawatan Perinatal Efektif (PEPC). Pendekatan strategis mencakup kinerja sistem kesehatan WHO pada kerangka kerja dalam metodologinya dalam mengembangkan strategi kunci untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di wilayah tersebut.

Komponen kunci untuk Membuat Kehamilan Lebih Aman bukanlah hal baru tetapi telah berkembang selama beberapa dekade, Gagasan bahwa ibu dan anak-anak adalah kelompok rentan adalah pusat dari perawatan kesehatan primer gerakan diluncurkan di Alma-Ata, Kazakhstan, pada tahun 1978. Upaya besar pertama untuk meningkatkan cakupan perawatan kesehatan primer secara besar-besaran di daerah pedesaan mendorong program kesehatan ibu dan anak dengan berfokus pada inisiatif untuk menangani kekurangan gizi, diare dan penyakit pernapasan, dan pelebaran cakupan imunisasi.

Gerakan Perawatan Kesehatan Primer (PHC), dengan komitmennya untuk menangani masalah sosial, ekonomi dan penyebab politik kesehatan yang buruk, mengembangkan strategi untuk merespon secara adil, tepat dan efektif untuk kebutuhan perawatan kesehatan dasar. Aksi lintas sektor untuk kesehatan digabung dengan keterlibatan masyarakat dan kemandirian, dan PHC datang untuk mewakili akses dan cakupan universal berdasarkan kebutuhan dan perawatan yang komprehensif, dengan penekanan pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

Pada tahun delapan puluhan, pentingnya sistem kesehatan yang berfungsi diakui. Tidak hanya meningkatkan penekanan ditempatkan pada tenaga kesehatan yang profesional terampil tetapi juga pada ketersediaan obat-obatan penting setiap saat dan perbekalan, dengan kualitas terjamin dan informasi yang memadai, dan pada harga individu dan masyarakat mampu. Konsep obat esensial dikembangkan lebih lanjut untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan prioritas penduduk dengan memperhatikan kesehatan masyarakat, bukti kemanjuran dan keamanan, dan efektivitas biaya komparatif.

Perlunya tindakan yang dipercepat untuk membuat kehamilan dan persalinan lebih aman telah diatur dengan jelas di tujuan dan target yang disepakati secara internasional, seperti Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (Kairo, 1994), Konferensi Dunia Keempat tentang Perempuan (Beijing, 1995) dan Amerika.

Deklarasi Pembangunan Milenium Bangsa, diadopsi pada KTT Milenium di Jenewa pada tahun 2000. Deklarasi Pembangunan Milenium mewakili nilai-nilai bersama untuk mencapai perdamaian dan keadilan standar hidup untuk setiap pria, wanita dan anak, dan termasuk delapan tujuan (MDGs). Tujuan 4 (penurunan angka kematian anak) dan 5 (peningkatan kesehatan ibu) secara langsung relevan dengan ibu dan anak, tetapi kedelapannya relevan dengan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Mengurangi anak, Meningkatkan kesehatan ibu dan perinatal. kematian secara langsung tergantung pada pengurangan kematian neonatal, yang mencakup dari sepertiga menjadi setengahnya dari semua kematian bayi. Menurunkan kematian neonatus dapat dicapai dengan meningkatkan dan meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Setelah inisiatif sukses untuk perawatan perinatal (*Safe Motherhood, Baby Friendly Hospital Initiative*), pada akhir 1990-an, Kantor Regional WHO untuk Eropa memutuskan untuk mempromosikan sistematis, pendekatan terkoordinasi untuk perawatan perinatal dan meluncurkan inisiatif PEPC. PEPC fokus pada hal periode perinatal yang krusial yang didefinisikan oleh WHO, untuk memperpanjang dari 22 minggu kehamilan sampai tujuh hari setelah kelahiran. PEPC mewakili komitmen Kantor Regional WHO untuk Eropa untuk memberikan anak-anak yang sehat memulai kehidupan dengan mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal dan meningkatkan reproduksi ibu yang sehat dan aman, dengan penekanan khusus pada tingkat perawatan primer untuk meningkatkan kualitas perawatan, serta mempromosikan keterlibatan masyarakat dan keluarga.

Pada tahun 2000, menyadari kebutuhan untuk membuat kemajuan lebih lanjut dalam meningkatkan kesehatan ibu dan perinatal, dan berdasarkan pengalaman lebih dari satu dekade gerakan *Safe Motherhood*, WHO meluncurkan sebuah inisiatif global, *Making Pregnancy Safer*, untuk mendukung upaya di seluruh dunia untuk mengurangi dan kematian perinatal. Inisiatif ini didasarkan pada bukti terbaru dan mengadopsi

pendekatan sistem kesehatan dalam memastikan penyediaan yang adil dan efisien, akses ke, dan penggunaan perawatan terampil yang berkualitas untuk semua perempuan dan bayinya yang baru lahir, dengan perhatian khusus pada kelompok miskin dan rentan. berkontribusi Inisiatif untuk mencapai MDGs PBB karena diakui secara luas bahwa upaya yang ada tidak akan cukup untuk mengurangi ibu dan anak (World Health Organization, 2008).

## **Program Pokok *Making Pregnancy Safer* (MPS)**

### **1. Persalinan oleh Tenaga Kesehatan**

Komplikasi kehamilan dan kematian ibu sering terjadi pada masa sekitar persalinan maka intervensi ditekankan pada kegiatan pertolongan persalinan yang aman dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih, sehingga proses persalinan dapat berjalan dengan baik, dapat dilakuakn pencegahan komplikasi yang disebabkan penanganan yang salah sehingga komplikasi dapat dengan cepat dideteksi dan dilakuakn tindakan petolongan dan dapat segera dilakukan tindakan rujukan. Kegiatan ini di fokuskan pada peningkatan kualitas layanan, penyediaan dan pemanfaatan fasilitas/nakes, Penempatan bidan desa di desa, utamanya di desa yang sulit. Bagi pemerintah desa yang maju secara sosial dan ekonomi akan memilih pelayanan kesehatan ke pihak swasta. Untuk meningkatkan cakupan layanan pertolongan persalinan semua puskesmas menyediakan pelayanan untuk menolong persalinan, melakukan kemitraan dengan dukun bayi, penggalangan dana keluarga/masyarakat untuk persiapan persalinan dan kegiatan jaminan mutu pelayanan

### **2. Penanganan Kegawat-daruratan**

Penyebab kematian ibu ada dua yaitu pertama Penyebab langsung (komplikasi obstetri) Perdarahan, Infeksi, Partus lama, Eklampsia, Komplikasi abortus, masih menjadi penyebab utama maka penanganan komplikasi difokuskan pada kelima penyebab utama tersebut.

Masalah yang dihadapi tidak tersedianya data yang akurat (di daerah sumber daya yang bermutu tidak tersedia(24 jam) serta rendahnya akses masyarakat. Kematian ibu sering terjadi pada segera setelah persalinan (masa nifas dini) penanganan komplikasi ditujukan pada penyediaan sumber-daya Bidan mampu PPGD Puskesmas mampu PONE-RS mampu

PONEK, lengkap dan berfungsi pelayanan ibu nifas, utamanya masanifas dini persiapan dalam menghadapi kondisi kegawat-daruratan (emergency prepared-ness), meliputi aspek tanda bahaya, pendanaan dan rujukan (bila di-perlukan).

### **3. Mencegah dan menangani KTD dan komplikasi abortus**

KTD pada klien dengan 4 terlalu (muda, tua, sering, banyak) menjadi penyebab kesakitan dan kematian ibu dan tindakan abortus (yang tidak aman), Indikator kejadian Unmet need & 4 terlalu. Untuk itu perlu :

- KIE/konseling tentang KB (selama kehamilan)
- Riwayat pelayanan KB berkualitas (pasca salin & pasca keguguran)
- Pelaksanaan asuhan pasca keguguran (APK)
- Meningkatkan partisipasi aktif pria dalam ber-KB

### **4. Sosialisasi dan advokasi MPS**

Untuk mencapai keberhasilan pelaksanaan MPS perlu melibatkan Lintas Program /Lintas Sektor, pihak swasta, LSM, maka perlu sosialisasi dan advokasi Substansi dalam melakukan sosialisasi dan advokasi harus cermat dengan memperhatikan permasalahan di daerah target sasaran untuk menunjang terlaksananya 3 pesan kunci.

Pemantapan kerja sama dengan pihak terkait termasuk organisasi profesi dan swasta. Kerjasama dan kemitraan dengan pihak terkait sangat diperlukan diarahkan agar kegiatan yang menjadi tanggung jawab sektor terkait dapat menunjang pelaksanaan 3 pesan kunci, sinergisme untuk menurunkan AKI yang perlu diperhatikan dalam kemitraan keterbukaan antar pihak terkait fahami peran dan tupoksi saling menguntungkan.

### **5. Peningkatan partisipasi keluarga dan masyarakat**

Masyarakat diharapkan berpartisipasi secara luas (dalam bidang kesehatan), mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan/penilaian termasuk dalam penjagaan mutu layanan Partisipasi diarahkan untuk :

- Meningkatkan pengetahuan dan awarness tanda bahaya
- Meningkatkan kesiapan keluarga & masyarakat dalam menghadapi persalinan dan bahaya yang mungkin terjadi
- Penyediaan dan pemanfaatan KIA
- Penjagaan mutu pelayanan.

## **Peningkatan Kapasitas Manajemen Pengelola Program**

- Keterbatasan sumber daya dan pembiayaan (termasuk KIA) merupakan penentuan kegiatan prioritas.
- Pengelola program di daerah mempunyai kemampuan merencanakan kegiatan yang cost-effective berdasarkan sumber daya yang ada dan dengan menggali sumber daya dari sektor lain, swasta dan masyarakat.
- Perlu meningkatkan kemampuan manajemen para pengelola program
- Perlu dukungan data/informasi yang akurat.

Adapun Kegiatan yang perlu dilakukan

- Meningkatkan kapasitas pengelola program (Diskes Provinsi) Riwayat fasilitas, supervisi, evaluasi pelaksanaan MPS ke kab/kota (termasuk fasilitas swasta)
- Meningkatkan kapasitas Diskes Kab/Kota & RSUD dalam melakukan pengelolaan perencanaan (P1, P2, P3) kegiatan menurunkan AKI dan kematian BBL (termasuk manajemen logistik) MPS ke Puskesmas.

## **Indikator Utama MPS**

Indikator utama MPS yaitu :

- Tersedianya fasilitas layanan kesehatan yang mampu memberikan layanan kegawat-daruratan obstetri & neonatal (bidan mampu PPGD, Puskesmas PONED dan RS PONEK).
- Menurunkan kejadian KTD & unsafe abortion.
- Meningkatkan cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan
- Meningkatkan cakupan penanganan komplikasi
- menurunkan kejadian kematian ibu
- menurunkan kejadian kematian neonatal dan lahir mati

### **1. *Safe Motherhood Initiative***

Sejarah SMI ( Safe Motherhood Initiative ) :

- Tahun 1987 konferensi Internasional Kematian Ibu di Nairobi Kenya.
- Tahun 1990 World Summit for Children.
- Tahun 1994 International Conference on Population and Development / ICPD Kairo Mesir.
- Tahun 1995 Fourth World Conference on Women di Beijing Cina.
- Tahun 1997 SM Tehnical Consultation Colombo Sri Langka.
- Tahun 1999 WHO meluncurkan strategi MPS.

## 2. **Primary Health Care**

Primary Health Care (PHC) diperkenalkan oleh World Health Organization (WHO) sekitar tahun 70-an, dengan tujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Di Indonesia, PHC memiliki 3 (tiga) strategi utama, yaitu kerjasama multisektoral, partisipasi masyarakat, dan penerapan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan dengan pelaksanaan di masyarakat, ujar Menkes saat membuka secara resmi the 14 Medical Association of South East Asian Nation (MASEAN) Mid-term Meeting di Savoy Homann, Bandung (17/06).

Menurut Deklarasi Alma Ata (1978) PHC adalah kontak pertama individu, keluarga, atau masyarakat dengan sistem pelayanan. Pengertian ini sesuai dengan definisi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009, yang menyatakan bahwa Upaya Kesehatan Primer adalah upaya kesehatan dasar dimana terjadi kontak pertama perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan.

Menurut WHO dan UNICEF, PHC merupakan pendekatan seluruh masyarakat terhadap kesehatan yang bertujuan untuk memastikan tingkat kesehatan kesejahteraan setinggi mungkin dan distribusinya yang adil dengan berfokus pada kebutuhan masyarakat dan sedini mungkin dilakukan promosi dan pencegahan penyakit hingga pengobatan, rehabilitasi dan perawatan paliatif, dan sedekat mungkin dengan lingkungan masyarakat sehari-hari

Menurut Menkes, dalam mendukung strategi PHC yang pertama, Kementerian Kesehatan RI mengadopsi nilai inklusif, yang merupakan salah satu dari 5 nilai yang harus diterapkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, yaitu pro-rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih.

Strategi PHC yang kedua, sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan, yaitu :

- Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani;
- Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan;
- Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan; dan
- Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik.

Di Indonesia, penyelenggaraan PHC dilaksanakan di Puskesmas dan jaringan yang berbasis komunitas dan partisipasi masyarakat, yaitu Poskesdes dan Posyandu yang ada di setiap wilayah kecamatan dan kelurahan.

Untuk strategi ketiga, Kementerian Kesehatan saat ini memiliki salah satu program yaitu saintifikasi jamu yang dimulai sejak tahun 2010 dan bertujuan untuk meningkatkan akses dan keterjangkauan masyarakat terhadap obat-obatan. Program ini memungkinkan jamu yang merupakan obat-obat herbal tradisional yang sudah lazim digunakan oleh masyarakat Indonesia, dapat teregister dan memiliki izin edar sehingga dapat diintegrasikan di dalam pelayanan kesehatan formal.

Menkes menambahkan, untuk mencapai keberhasilan penyelenggaraan PHC bagi masyarakat, diperlukan kerjasama baik lintas sektoral maupun regional, khususnya di kawasan Asia Tenggara. Karena itu, tema pertemuan *The Role of Primary Health Care Towards Population Health in ASEAN* sejalan dengan upaya yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ujar Menkes.

Hadir dalam acara tersebut, Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI), dr. Prijo Sidipratomo; Chairman of MASEAN, Prof. Kyaw Myint Naing; dan perwakilan sekretariat ASEAN divisi Non Communicable Disease, dr. Ferdinal Fernando; serta sejumlah delegasi asosiasi medis yang berasal dari 7 negara (Singapura, Thailand, Malaysia, Filipina, Vietnam, Myanmar dan Indonesia). MASEAN atau Medical Association of South East Asian Nation dibentuk pada tahun 1980 di Penang, Malaysia dan mendapat persetujuan dari ASEAN pada tanggal 30 Januari 1981 dengan status kerjasama non-pemerintah.

#### **a. Pengertian**

Primary Health Care ( PHC ) adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (self reliance) dan menentukan nasib sendiri (self determination).

Pelayanan Kesehatan Primer / PHC merupakan strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk

semua penduduk. PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima, terjangkau, pelayanan kesehatan yang diberikan adalah essential bisa diraih, dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya pada diri sendiri disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan.

Pelayanan kesehatan primer (PHC) adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk (Lancaster.J dan Stanhope.M, 1997). Pelayanan primer berfokus pada pelayanan kesehatan individual, sedangkan pelayanan kesehatan primer berfokus pada perbaikan kesehatan dari seluruh populasi (Perry, Potter. 2009).

PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima, terjangkau pelayanan kesehatan yang diberikan adalah esensial bisa diraih, yang esensial dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya kepada diri sendiri disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan.

Amerika tidak mengadopsi PHC sebagai strategi nasional atau sebagai strategi alternatif yang minimal dari tingkat kesehatan masyarakat.

Perawat kesehatan masyarakat mempunyai peranan penting dalam menolong orang untuk mempelajari cara merawat diri sendiri dan mau bekerja dengan masyarakat yang lain dalam mengembangkan kapasitas atau infrastruktur yang diperluas untuk menjamin pelayanan kesehatan yang esensial bagi setiap orang (McMahon Rosemary. 2002).

Puskesmas memiliki 3 komponen yang saling terkait dan sinergis meliputi : pelayanan kesehatan terpadu yang komprehensif yang mencakup perawatan primer kesehatan masyarakat serta fungsi sebagai bagian sentral, kebidanan dan tindakan multisektoral untuk mengatasi hulu dan penentu kesehatan yang lebih luas dan melibatkan serta memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat untuk meningkatkan partisipasi sosial dan meningkatkan perawatan diri dan kemandirian dalam kesehatan.

PHC berakar pada komitmen terhadap keadilan sosial, kesetaraan, solidaritas dan partisipasi. Hal ini didasarkan pada pengakuan bahwa penikmatan standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai adalah salah satu bentuk hak dasar setiap manusia tanpa perbedaan.

Agar cakupan kesehatan universal (UHC) benar-benar universal, diperlukan pergeseran dari sistem kesehatan yang dirancang di sekitar penyakit dan institusi menuju sistem kesehatan yang dirancang untuk orang dan dengan orang. PHC mengharuskan pemerintah di semua tingkatan untuk menggarisbawahi pentingnya tindakan di luar sektor kesehatan untuk mengejar pendekatan seluruh pemerintah terhadap kesehatan, termasuk kesehatan dalam semua kebijakan, fokus yang kuat pada kesetaraan dan intervensi yang mencakup seluruh kehidupan.

PHC membahas determinan kesehatan yang lebih luas dan berfokus pada aspek kesehatan dan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang komprehensif dan saling terkait. Hal ini memberikan perawatan seluruh orang untuk kebutuhan kesehatan sepanjang umur, tidak hanya untuk satu penyakit tertentu. Perawatan kesehatan primer memastikan orang menerima perawatan komprehensif yang berkualitas mulai dari promosi dan pencegahan hingga pengobatan, rehabilitasi dan perawatan paliatif yang sedekat mungkin dengan lingkungan sehari-hari masyarakat.

Negara-negara anggota telah berkomitmen untuk pembaruan dan implementasi perawatan kesehatan primer sebagai landasan sistem kesehatan berkelanjutan untuk UHC, Tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) terkait kesehatan dan keamanan kesehatan. Komitmen ini telah dikodifikasi dan dijelaskan kembali dalam Deklarasi Astana, Resolusi Majelis Kesehatan Dunia yang menyertainya, Ipaoran pemantauan global 2019 tentang UHC dan pertemuan tingkat tinggi Majelis Umum PBB tentang UHC. PHC adalah sarana untuk melakukan program UHC.

PHC adalah pendekatan yang paling inklusif, adil, hemat biaya dan efisien untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental masyarakat, serta kesejahteraan sosial. Bukti dampak luas dari investasi di Puskesmas terus tumbuh diseluruh dunia., terutama di saat kritis seperti Pandemi Covid-19

Di seluruh dunia, investasi di Puskesmas meningkatkan kesetaraan dan akses, kinerja perawatan kesehatan, akuntabilitas sistem kesehatan, dan hasil kesehatan. Sementara beberapa faktor ini berhubungan langsung dengan sistem kesehatan dan akses ke layanan kesehatan, buktinya jelas bahwa berbagai faktor di luar layanan kesehatan memainkan peran penting dalam membentuk kesehatan dan kesejahteraan. Ini termasuk perlindungan sosial, sistem pangan, pendidikan, dan faktor lingkungan.

Puskesmas juga penting untuk membuat sistem kesehatan lebih tahan terhadap situasi krisis, lebih proaktif dalam mendeteksi tanda-tanda awal epidemi dan lebih siap untuk bertindak lebih awal dalam menanggapi lonjakan permintaan layanan. Meskipun bukti masih berkembang, ada pengakuan luas bahwa Puskesmas adalah “pintu depan” sistem kesehatan dan memberikan dasar untuk penguatan fungsi kesehatan masyarakat yang penting untuk menghadapi krisis kesehatan masyarakat seperti COVID-19.

#### **b. Unsur Utama PHC**

Unsur Utama PHC Tiga unsur utama yang terkandung dalam PHC adalah sebagai berikut :

- Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
- Melibatkan peran serta masyarakat
- Melibatkan kerjasama lintas sektoral

#### **c. Prinsip PHC**

Pada tahun 1978, dalam konferensi Alma Ata ditetapkan prinsip-prinsip PHC sebagai pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan bagi semua.

Lima prinsip PHC sebagai berikut :

- Pemerataan upaya kesehatan Distribusi perawatan kesehatan menurut prinsip ini yaitu perawatan primer dan layanan lainnya untuk memenuhi masalah kesehatan utama dalam masyarakat harus diberikan sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan dan kelas sosial.
- Penekanan pada upaya preventif Upaya preventif adalah upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.
- Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan Teknologi medis harus disediakan yang dapat diakses, terjangkau, layak dan diterima budaya masyarakat (misalnya penggunaan kulkas untuk vaksin cold storage).
- Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian Peran serta atau partisipasi masyarakat untuk membuat penggunaan maksimal dari lokal, nasional dan sumber daya yang tersedia lainnya. Partisipasi masyarakat adalah proses di mana individu dan keluarga bertanggung

jawab atas kesehatan mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka dan mengembangkan kapasitas untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat. Partisipasi bisa dalam bidang identifikasi kebutuhan atau selama pelaksanaan. Masyarakat perlu berpartisipasi di desa, lingkungan, kabupaten atau tingkat pemerintah daerah. Partisipasi lebih mudah di tingkat lingkungan atau desa karena masalah heterogenitas yang minim.

- Kerjasama lintas sektoral dalam membangun kesehatan Pengakuan bahwa kesehatan tidak dapat diperbaiki oleh intervensi hanya dalam sektor kesehatan formal; sektor lain yang sama pentingnya dalam mempromosikan kesehatan dan kemandirian masyarakat. Sektor-sektor ini mencakup, sekurang-kurangnya: pertanian (misalnya keamanan makanan), pendidikan, komunikasi (misalnya menyangkut masalah kesehatan yang berlaku dan metode pencegahan dan pengontrolan mereka); perumahan; pekerjaan umum (misalnya menjamin pasokan yang cukup dari air bersih dan sanitasi dasar); pembangunan perdesaan; industri; organisasi masyarakat (termasuk Panchayats atau pemerintah daerah, organisasi-organisasi sukarela, dll).

#### **d. Program-Program PHC**

- Asuransi kesehatan
- Pos obat desa (POD)
- Tanaman obat keluarga (TOGA)
- Pos kesehatan
- Kemitraan dengan sector diluar kesehatan
- Peningkatan pemberdayaan masyarakat
- Upaya promotif dan preventif
- Pelayanan kesehatan dasar
- Tenaga kesehatan sukarela
- Kader kesehatan
- Kegiatan peningkatan pendapatan (perkreditan, perikanan, industri rumah tangga).

#### **e. Elemen PHC**

Dalam pelaksanaan PHC harus memiliki 8 elemen essensial yaitu :

- Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.

- Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
- Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
- Kesehatan Ibu dan Anak termasuk KB
- Imunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
- Pencegahan dan pengendalian penyakit endemic setempat
- Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
- Penyediaan obat-obat essensial

**f. Tujuan PHC**

- Tujuan Umum

Mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

- Tujuan Khusus

- Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
- Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dialami
- Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
- Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

**g. Ruang Lingkup**

- Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara
- Pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
- Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
- Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
- Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
- Immuniasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
- Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
- Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
- Penyediaan obat-obat essensial.

**h. Ciri-Ciri PHC**

- Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
- Pelayanan yang menyeluruh
- Pelayanan yang terorganisasi
- Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat

- Pelayanan yang berkesinambungan
- Pelayanan yang progresif
- Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
- Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja.

**i. Fungsi PHC**

PHC hendaknya memenuhi fungsi-fungsi sebagai berikut:

- Pemeliharaan kesehatan
- Pencegahan penyakit
- Diagnosis dan pengobatan
- Pelayanan tindak lanjut
- Pemberian sertifikat

**j. Peran, Tugas Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam PHC**

Peran dan Tugas Peran dan tugas bidan dalam masyarakat sebagai tenaga terlatih dalam PHC :

1. Sebagai pelaksana, memberi pelayanan kesehatan (provider care) Bidan memegang peranan penting untuk meningkatkan pelayanan yang menyeluruh dan bermutu ditengah masyarakat dengan memberika pelayanan kebidanan secara langsung maupun tidak langsung. Pelayanan kesehatan yang patut dilaksanakan bidan antara lain :
  - Meningkatkan upaya pengawaasn ibu hamil
  - Meningkatkan gizi ibu hamil dan ibu menyusui
  - Meningkatkan penerimaan gerakan KB
  - Meningkatkan kesehatan lingkungan
  - Meningkatkan sistem rujukan
  - Meningkatkan penerimaan imunisasi ibu hamil dan bayi
2. Sebagai pengelola Sebagai pengelolah bidan berperan dalam pengembangan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat diwilayah kerja dengan melibatkan keluarga/klien. Pengembangan pelayanan dasar kesehatan yang dapat dilakukan bidan antara:
  - Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan kesehatan di wilayah kerjanya.
  - Mengelolah pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai rencana

- Mengkoordinasi, mengawasi dan membimbing kader, dukun atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB
  - Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB termasuk pemanfaatan sumber yang ada pada program dan sector terkait
  - Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi yang ada.
3. Sebagai pendidik (Health Education) Pendidikan masyarakat memegang peranan penting yang meliputi :
    - Pentingnya arti pengawasan hamil
    - Pentingnya arti imunisasi TT pada ibu hamil pentingnya arti pelaksanaan KB
    - Mengarahkan kemana persalinan dilakukan untuk mendapatkan well born baby
    - Pengawasan post partum dan persiapan untuk merawat bayi dan menyusui
  4. Sebagai pangamat kesehatan (Health Monitor) Melakukan monitoring terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada individu, keluarga dan masyarakat yang menyangkut masalah-masalah kesehatan yang timbul serta berdampak terhadap status kesehatan mereka melalui kunjungan rumah, pertemuan-pertemuan dengan cara observasi dan pengumpulan data.
  5. Sebagai koordinator pelayanan kesehatan (coordinator of service) Mengkoordinasi seluruh kegiatan upaya pelayanan kesehatan puskesmas dan masyarakat dalam mencapai tujuan kesehatan melalui kerjasama dengan tim kesehatan lainnya sehingga tercipta keterpaduan dalam sistem pelayanan kesehatan.
  6. Sebagai pengorganisasian pelayanan kesehatan (organisor) Berperan serta memberikan motivasi untuk meningkatkan partisipasi individu, keluarga dan masyarakat dalam setiap upaya pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh masyarakat misalnya posyandu, dana sehat, mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan penilaian dan berpartisipasi aktif dalam kegiatan pengembangan kegiatan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Tanggung Jawab Bidan Tanggung jawab tenaga kesehatan dalam PHC lebih dititik beratkan kepada hal-hal sebagai berikut :

- Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan
- Kerjasama dengan masyarakat, keluarga, dan individu dalam meningkatkan derajat kesehatan
- Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat
- Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
- Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

### 3. **Bidan Desa**

Salah satu upaya penting yang sedang ditempuh oleh pemerintah untuk mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) di Indonesia adalah dengan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang antara lain dilakukan melalui penempatan Bidan di Desa. (Fikawati, 2004).

Keterlambatan dalam upaya memberikan pelayanan yang bermutu dan menyeluruh bertambah dengan kurangnya jumlah dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Para spesialis obstetri dan ginekologi di Indonesia sebagian besar berada di perkotaan, sehingga pelayanan kepada masyarakat masih dilakukan oleh dukun beranak. Untuk mengatasi masalah tersebut, maka penyebarluasan bidan di desa diharapkan dapat menggantikan peran dukun beranak.

Sesuai dengan pendapat Suyudi dalam (Handriyani, 2012) bahwa tenaga bidan desa merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat, serta diharapkan paling mengetahui keadaan kesehatan ibu hamil.

Berkaitan dengan tugas bidan di desa, salah satu strategi pemerintah yang digunakan di tingkat desa adalah program “Desa Siaga” . Tujuan dari Desa Siaga adalah untuk meningkatkan jangkauan pelayanan dan mutu pelayanan kesehatan serta menurunkan angka kematian ibu (AKI). Bidan desa merupakan motor penggerak dari Desa Siaga. Ada pun peran Bidan lainnya (Subagyo, 2008) yaitu :

- Fasilitator yaitu fungsi dalam mendampingi masyarakat
- Motivator
- Katalisator

#### 4. **Gerakan Sayang Ibu (GSI)**

##### a. **Konsep Dasar Gerakan Sayang Ibu (GSI)**

Dinas kesehatan terus berusaha untuk mengurnagi angka kematian ibu (AKI) yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas yang kurang sehta. Sebagai langkah awal pemerintah dalam menurunkan AKI, pada tahun 1996 dibuat satu gerakan di masyarakat yaitu Gerakan Sayang Ibu (GSI) atau safe motherhood. Sebagai harapan untuk kedepan ada nya penurunan AKI dari 225 per 100.0000 kelahiran hidup menjadi 80 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2018. Kesadaran bahwa kesehatan ibu bukan hanya tanggung jawab atas dirinya tetapi ada organisasi dan program terkait seperti aliansi pita putih (Hakim et al., 2019).

##### b. **Pengertian Gerakan Sayang Ibu (GSI)**

Gerakan sayang Ibu (GSI) adalah gerakan yang mengembangkan kualitas perempuan utamanya melalui percepatan penurunan angka kematian ibu yang dilaksanakan bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat dalam rangka meningkatkan sumber daya manusia dengan meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kepedulian dalam upaya integrative dan sinergis.

GSI didukung pula oleh Aliansi Pita Putih (White Ribbon Alliance) yaitu suatu aliansi yang ditujukan untuk mengenang semua wanita yang meninggal karena kehamilan dan melahirkan. Pita putih merupakan symbol kepedulian terhadap keselamatan ibu yang menyatukan individu, organisasi dan masyarakat yang bekerjasama untuk mengupayakan kehamilan dan persalinan yang aman bagi setiap wanita.

GSI diharapkan dapat menggerakkan masyarakat untuk aktif terlibat dalam kegiatan seperti membuat tabulin, pemetaan bumil dn donor darah serta ambulan desa. Untuk mendukung GSI, dikembangkan juga program suami SIAGA dimana suami sudah menyiapkan biaya pemeriksaan dan persalinan, siap mengantar istri ke tempat pemeriksaan dan tempt persalinan serta siap menjaga dan menunggui saat istri melahirkan. 3 (tiga) unsur pokok :

- Pertama : Gerakan Sayang Ibu merupakan gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat bersama dengan pemerintah.
- Kedua : Gerakan Sayang Ibu mempunyai tujuan untuk peningkatan dan perbaikan kualitas hidup perempuan sebagai sumber daya manusia.
- Ketiga : Gerakan Sayang Ibu bertujuan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu karena hamil, melahirkan dan nifas.

**c. Tujuan Gerakan Sayang Ibu**

- Menurunkan angka kematian ibu karena hamil, melahirkan dan nifas serta menurunkan angka kematian bayi.
- Meningkatkan pengetahuan ibu atau kaum perempuan mengenai Penyakit menular Seksual (PMS).
- Meningkatkan pengetahuan ibu atau kaum perempuan mengenai perawatan kehamilan, proses melahirkan yang sehat, pemberian ASI Eksklusif dan perawatan bayi.
- Memantapkan komitmen dan dukungan terhadap Gerakan Sayang Ibu.
- Meningkatkan kepedulian dan dukungan sector terkait terhadap upaya-upaya penanggulangan penyebab kematian ibu dan bayi secara terpadu.
- Memantapkan kesadaran dan kepedulian masyarakat dalam mengembangkan dan membangun mekanisme rujukan sesuai dengan kondisi daerah.
- Meningkatkan kepedulian dan peran serta institusi masyarakat dan swasta (LSM, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi) dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi dalam pengumpulan data ibu hamil, bersalin dan nifas di tingkat kelurahan dan kecamatan.
- Meningkatkan fungsi dan peran institusi kesehatan baik pemerintah maupun swasta dalam pelayanan kesehatan yang aman, ramah dan nyaman bagi ibui dan bayi.
- Meningkatkan upaya masyarakat dalam mengubah budaya masyarakat yang merugikan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas serta bayi yang dilahirkan.

- Meningkatkan upaya pengembangan dana perawatan ibu hamil, bersalin, nifas serta perawatan bayi di setiap wilayah kelurahan dibawah koordinasi camat.

**d. Sasaran Gerakan Sayang Ibu**

1. Langsung :

- Caten (Calon Penganten)
- Pasangan Usia Subur (PUS)
- Ibu hamil, bersalin dan nifas
- Ibu meneteki masa perawatan bayi
- Pria/Suami dan seluruh anggota keluarga

2. Tidak langsung :

- Sektor terkait
- Institusi kesehatan
- Institusi Masyarakat
- Tokoh masyarakat dan agama
- Kaum bapak/pria
- Media massa

**e. Ruang Lingkup Gerakan Sayang Ibu**

- Meningkatkan kualitas hidup perempuan dan anak melalui upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi.
- Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku suami istri dan masyarakat mengenai hak-hak Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi.
- Menghilangkan hambatan-hambatan yang mempengaruhi upaya peningkatan kualitas hidup perempuan.

**f. Strategi Gerakan Sayang Ibu**

Melalui pendekatan kemasyarakatan, dikembangkan dalam bentuk :

- Desentralisasi
- Kemandirian
- Keluarga
- Kemitraan

**g. Perencanaan Dan Pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu**

Melalui langkah-langkah sebagai berikut :

- Identifikasi masalah

- Penentuan masalah
- Penentuan tujuan
- Pengembangan alternatif pemecahan masalah
- Penentuan rencana operasional

Terdiri dari :

- Langkah kegiatan ( jadwal kegiatan)
- Tenaga pelaksana
- Dukungan dana dan saran
- Monitoring dan Pelaporan
- Evaluasi kegiatan

#### **h. Pelaksanaan Kegiatan Gerakan Sayang Ibu**

##### **1. Unsur Operasional**

- Kegiatan advokasi dan KIE
- Pengembangan pesan advokasi dan KIE GSI
- Pemberdayaan dalam keluarga, masyarakat dan tempat pelayanan kesehatan
- Memadukan kegiatan GSI, pondok bersalin dan posyandu

##### **2. Unsur Pendukung**

- Orientasi dan penelitian
- Pendataan, pemantauan, pemetaan bumil, bulin, bufas dan bayi
- Pengembangan tata cara rujukan
- Mendukung upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan
- Peningkatan peran bidan

##### **3. Tugas Pokok Satgas Gerakan Sayang Ibu meliputi:**

- Menyusun rencana kerja dalam rangka menurunkan AKI dan AKB serta mengumpulkan dana untuk ambulance kecamatan dan tabulin.
- Advokasi kepada TOMA, TOGA dan TOPOL dapat mendukung GSI wilayah tersebut.
- Penyuluhan kepada keluarga serta bumil, bulin, bufas dan ibu yang mempunyai bayi di masyarakat.
- Mengumpulkan data informasi bumil, bulin, bufas dan bayi yang dilakukan.

- Memberikan tanda pada bumil beresiko tinggi untuk kemudian dipantau dan di informasikan ke bidan puskesmas.
- Membantu merujuk.

#### 4. Memantau Keberhasilan Gerakan sayang Ibu (GSI)

Beberapa hal yang perlu dipantau untuk melihat keberhasilan pelaksanaan GSI antara lain :

- Sektoral terkait berperan aktif dalam kegiatan operasional
- Setiap persalinan ditolong oleh tenakes
- Kecamatan dan kelurahan dapat melaksanakan kegiatan KIE dengan baik
- Kecamatan dan kelurahan dapat melakukan rujukan dengan baik artinya :
  - Tersedianya kendaraan untuk membantu bumil melahirkan dan nifas yang membutuhkan
  - Tersedianya biaya untuk rujukan
  - Sarana pelayanan kedaruratan medik untuk setiap kasus emergensi kehamilan, persalinan dan nifas

#### i. Indikator Keberhasilan Sebelum Dan Sesudah GSI

Semakin dan mantapnya peranan organisasi masyarakat dalam GSI, seperti:

- Meningkatkan dan mantapnya masyarakat menjadi kader KIE GSI
- Mendata ibu hamil dalam lingkungannya termasuk data mengenai :
  - Jumlah ibu hamil
  - Umur kehamilan, riwayat kehamilan, persalinan dan rencana persalinan
  - Mengenai kehamilan yang beresiko dan rencana tindak lanjutnya
- Menyampaikan data-data tersebut kepada Satgas GSI setempat
- Semakin tumbuhnya ide-ide baru dari masyarakat.

Semakin meningkat dan mantapnya pengetahuan dan pemahaman mengenai GSI, seperti :

- Mengenai kelainan kehamilan sedini mungkin dan segera membawanya ke fasilitas kesehatan.
- Mempersiapkan biaya persalinan dan perlengkapan bayi
- Memeriksa ibu hamil di sarana kesehatan atau bidan terdekat minimal 4 kali

- Mempersiapkan segala kemungkinan yang dapat timbul selama kehamilan dan persalinan (mempersiapkan donor darah, kendaraan, dsb)
- Melaksanakan keadilan dan kesetaraan gender dalam rumah tangga
- Memberi keluarga untuk mendapatkan pendidikan.

Setinggi mungkin sesuai dengan kemampuan ekonomi keluarga :

- Menghindarkan perkawinan remaja putri sebelum usia 20 tahun
- Suami-istri merencanakan jumlah anak, waktu mengandung dengan mempertimbangkan kesehatan istri serta memberi peluang istri untuk meningkatkan potensinya dalam berbagai bidang kehidupan
- Semua kehamilan merupakan kehamilan yang diinginkan
- Memperhatikan makanan ibu hamil dan menghindari ibu hamil bekerja keras

Ibu hamil semakin mengenali masalah kehamilan seperti :

- Menyiapkan biaya persalinan dan perawatan bayi
- Melaksanakan berbagai kegiatan demi kesehatan kehamilan dan kelahirannya
- Memberikan perawatan kepada bayi yang dilahirkan

#### **j. Gerakan sayang ibu pada saat kehamilan**

Dasar atau prinsip memberikan perawatan ibu selama proses melahirkan termasuk memberikan dukungan emosional, berikan cairan dan nutrisi, kebebasan untuk buang air kecil dan besar, dan pencegahan infeksi. Semua hal ini digunakan untuk mengantisipasi persalinan lama, persalinan tidak ada kemajuan dan tidak disebutkan tentang persalinan. Asuhan sayang ibu adalah acara yang direncanakan Pemerintah untuk menurunkan ketinggian kematian dan penyakit ibu Komplikasi dari kehamilan dan persalinan.

Asuhan sayang ibu menghargai adanya kenyataan bahwa wanita pada masa kehamilan dan persalinan merupakan proses yang alamiah yang dialami , dalam hal ini adanya intervensi serta pengobatan yang tidak diperlukan pada proses ini sebaiknya dihindari. Asuhan ini merupakan asuhan yang berpusat pada ibu, dalam melaksanakan asuhan sayang ibu maka partus lama dan partus macet haruslah dihindari. Apabila hal ini diabaikan oleh bidan maka akan berdampak adanya ketidaknyamanan ibu pada proses persalinan dan emmbuat ibu takut dan cemas dalam menghadapi persalinan.

Pada saat persalinan kala I fase aktif, kebanyakan ibu bersalin mengalami penurunan tenaga dan cepat lelah. Pada saat seperti ini bidan harus bisa menerapkan asuhan sayang ibu dan memberikan dukungan mental pada ibu agar ibu bisa semangat dalam menjalani proses persalinan. Bidan harus memberikan dukungan, memberikan semangat, memberikan kenyamanan pada ibu dengan menghadirkan pendamping persalinan, menghindari terjadinya infeksi pada ibu dan membimbing ibu jika ada his dan memberikan opsi posisi yang nyaman bagi ibu saat menghadapi persalinan. Pada penelitian (Wuryani, 2019).

#### **k. Hambatan**

Upaya-upaya yang dilakukan pemerintah baik dengan GSI ataupun Safe Motherhood telah memungkinkan ditambahkan sarana dan prasarana untuk mengajak ibu hamil dan melahirkan makin dekat pada pelayanan medis yang bermutu.

Akan tetapi GSI juga menemui hambatan dalam pelaksanaannya, antara lain :

##### **1. Secara Struktural**

Berbagai program tersebut masih sangat birokratis sehingga orientasi yang terbentuk semata-mata dilaksanakan karena ia adalah program wajib yang harus dilaksanakan berdasarkan SK (Surat Keputusan).

##### **2. Secara Kultural**

Masih kuatnya anggapan/pandangan masyarakat bahwa kehamilan dan persalinan hanyalah persoalan wanita.

Gerakan Sayang Ibu (GSI) mempromosikan gerakan yang berkaitan dengan kecamatan sayang ibu dan rumah sakit sayang ibu untuk mencegah tiga macam keterlambatan, yaitu :

- Keterlambatan di tingkat keluarga dalam mengenali tanda bahaya dan membuat keputusan dalam mencari pertolongan
- Keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan
- Keterlambatan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pertolongan yang dibutuhkan (Kusmiran, 2012).

## 5. **P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)**

Program Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan stiker merupakan program yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan pada tahun 2007 yang dibuat sebagai jalan untuk percepatan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir melalui peningkatan P4K adalah suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan dan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Depkes, 2013).

Ada beberapa batasan program P4K yang meliputi :

- P4K dengan stiker;
- Pendataan ibu hamil dengan stiker;
- Forum peduli kesehatan ibu dan anak (KIA);
- Kunjungan rumah;
- Rencana pemakaian alat kontrasepsi pasca persalinan;
- Persalinan oleh nakes;
- Kesiagaan;
- Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin);
- Dasolin (Dana sosial ibu bersalin);
- Ambulans desa;
- Calon donor darah;
- Inisiasi menyusui dini;
- Kunjungan nifas;
- Pemberdayaan masyarakat;
- Buku KIA; dan
- PPGDON (Pertolongan Pertama Gawat Darurat Obstetri Nenotal).

## 6. **Jampersal**

Jampersal merupakan kependekan dari Jaminan Persalinan, artinya jaminan pembiayaan yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir yang pembiayaannya dijamin oleh Pemerintah.

Jampersal adalah salah satu upaya dari Pemerintah dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) berdasarkan data 228 dari 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Upaya yang dilakukan ini sangatlah penting karena masih banyak ibu hamil yang belum mempunyai jaminan pada saat persalinan. Maka dari itu, ini merupakan salah satu kendala dalam mendapatkan akses persalinan ke fasilitas kesehatan.

Ada 5 alasan khusus jampersal dilaksanakan, yaitu :

- Untuk meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan;
- Meningkatkan cakupan pelayanan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan;
- Meningkatkan cakupan pelayanan KB pasca persalinan;
- Meningkatkan cakupan penanganan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir
- Serta terselenggaranya pengelolaan keuangan yang efisien, efektif, transparan dan akuntabel.

Ruang lingkup jampersal dibagi menjadi 2 yaitu : pelayanan ditingkat pertama atau dasar dan pelayanan ditingkat lanjutan. Di tingkat dasar pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan dilakukan di Puskesmas, Puskesmas yang sudah PONEB. Hal ini karena terdapat pelayanan tambahan seperti pelayanan pemeriksaan kehamilan yang memiliki risiko tinggi, pasca keguguran, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar dan pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan dasar. Sedangkan pada tingkat lanjutan yang emnangani yaitu tenaga spesialis yang bisa didapat di RS pemerintah tingkat III atau RS Swasta yang memiliki kerjasama dengan pihak jampersal. Dan sistemnya yaitu menggunakan sistem rujukan dari pelayanan dasar atau pertama.

Ada 4 sasaran subyek dalam pelaksanaan Jampersal, yakni ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang belum memiliki jaminan pembiayaan persalinan (pasca melahirkan sampai 42 hari) serta bayi baru lahir (0-28 hari). Dalam ruang lingkup pelayanan Jampersal terdiri atas dua yaitu, jenis pelayanan kesehatan pada tingkat pertama dan tingkat lanjutan. Jenis pelayanan kesehatan pada tingkat pertama meliputi: pemeriksaan kehamilan 4 kali, persalinan normal, pelayanan nifas normal 3 kali termasuk KB pasca persalinan, dan pelayanan bayi baru lahir normal.

Program ini dapat didapat di Puskesmas dan Poskesdes, Polindes dan Rumah sakit selain itu program ini juga bekerja sama dengan beberapa instansi kesehatan swasta yang mempunyai kerjasama dengan pengelola seperti dokter praktik swasta, klinik swasta, klinik bersalin dan rumah sakit swasta. Hal ini karena program ini dilaksanakan di seluruh provinsi di Indonesia dengan sebanyak 497 kabupaten.

Untuk Puskesmas PONED terdapat layanan tambahan yakni pemeriksaan kehamilan pada kehamilan risiko tinggi, pelayanan pasca keguguran, persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar, pelayanan nifas dengan tindakan emergensi dasar dan pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan emergensi dasar.

Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Ibu Nifas
Penimbangan berat badan	Persalinan normal	Pengukuran tekanan darah
Pengukuran tekanan darah	Perawatan bayi baru lahir normal termasuk inisiasi menyusui dini	Pemeriksaan nifas
Pemeriksaan kehamilan	Imunisasi bayi baru lahir	Pemberian Kapsul Vitamin A pada ibu
Pemberian Tablet Tambah Darah	Pemberian Kapsul Vitamin A bagi ibu	Pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir
Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid	Konsultasi menyusui dini dan "rawat gabung"	Pelayanan KB sesudah melahirkan pada masa nifas
Konsultasi kesehatan ibu hamil, tanda bahaya dan persiapan persalinan		Nasihat kebutuhan gizi, KB, pemberian ASI eksklusif dan perawatan bayi baru lahir
Nasihat kebutuhan gizi, KB, pemberian ASI eksklusif dan perawatan bayi baru lahir		
Jika ada penyulit/komplikasi, akan dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan lebih lanjut	Jika ada penyulit/komplikasi, akan dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan lebih lanjut	Jika ada penyulit/komplikasi, akan dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan lebih lanjut

Gambar 2. Pelayanan Yang ditanggung oleh Jampersal

Ada 7 jenis layanan yang diberikan pada tingkat lanjut: pemeriksaan rujukan kehamilan pada kehamilan risiko tinggi, penanggulangan rujukan pasca keguguran, penanganan kehamilan ektopik terganggu, persalinan dengan tindakan emergensi komprehensif, pelayanan nifas dengan tindakan emergensi komprehensif, pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan emergensi komprehensif dan pelayanan KB pasca persalinan.

Untuk pengalokasian dana di pelayanan dasar didapat dari Dinas Kesehatan di kabupaten/kota lalu akan digabungkan dengan anggaran Jamkesmas. Karena dinas kesehatan kabupaten/ kota yang bertanggung jawab dalam hal ini maka dibuka rekening yang khusus untuk Jamkesmas pada bank Operasional KPPN V di Jakarta.

## **7. Program EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival)**

### **a. Konsep Dasar EMAS**

Sejak tahun 2003, tingkat kematian ibu secara global menurun menjadi rata-rata 5,5% per tahun. Namun, itu masih di bawah target Tujuan Pembangunan Milenium 5 yang 5 telah menetapkan target pengurangan 75 dalam rasio kematian. Di Indonesia, rasio kematian ibu relatif tinggi. Sedikit berkurang dari 210 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 menjadi 190 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Namun, pada tahun 2014 rasio kematian ibu meningkat menjadi 220 dan menempatkan Indonesia dalam posisi tertinggi angka kematian ibu dibandingkan ke negara-negara lain di Asia Tenggara seperti Filipina (99), Malaysia (29), Brunei (24), Thailand (40), Srilanka (35), Thailand (48), Vietnam (59), dan Birma (200). Komitmen global pada isu-isu terkait ibu, disinergikan melalupenurunan angka kematian ibu dan pencapaian universal akses kesehatan reproduksi ditujukan untuk mencapai tujuan:

- pendidikan universal,
- pengurangan bayi dan anak kematian ibu, dan
- penurunan kematian ibu dan bayi

Untuk berkontribusi pada pengurangan nasional dalam kematian ibu dan bayi baru lahir, Badan Pembangunan Internasional Amerika Serikat (USAID) berinvestasi dalam 5 tahun, US \$55 juta untuk memperluas *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) yang dirancang untuk mencapai tiga hasil utama:

- Peningkatan kualitas pelayanan kedaruratan kebidanan dan bayi baru lahir di rumah sakit dan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas),
- peningkatan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan antara puskesmas dan rumah sakit; dan
- Peningkatan akuntabilitas melalui pemerintah daerah dan keterikatan masyarakat.

EMAS dilaksanakan oleh Jhpiego dari September 2011 hingga Maret 2017 bekerja sama dengan Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan (LKBK—rumah sakit bersalin swasta tertua dan terbesar di Indonesia), Muhammadiyah (organisasi Islam terbesar kedua di Indonesia yang didedikasikan untuk kegiatan sosial dan pendidikan), *Research Triangle Institute International* (RTI), dan *Save the Children*. EMAS bekerja dengan lembaga pemerintah Indonesia di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten, dan dengan fasilitas kesehatan publik dan swasta, organisasi masyarakat sipil, asosiasi rumah sakit, organisasi profesional, dan entitas sektor swasta. EMAS bekerja secara intensif dengan lebih dari 400 rumah sakit dan puskesmas rujukan publik dan swasta, dan memberikan dukungan terbatas di 700 puskesmas tambahan. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) memprioritaskan upaya di kabupaten dan kota dalam enam provinsi di mana lebih dari 50% dari semua kematian ibu terjadi: Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan.

Pada awal program, fasilitas kesehatan di enam provinsi ini sistem kesehatan memiliki sumber daya dan perlengkapan yang baik. Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia cukup memadai, dan bidan, dokter umum, dan dokter kandungan telah mendapatkan pelatihan tentang asuhan persalinan normal, perawatan obstetri dan bayi baru lahir darurat dasar (BEmONC), dan perawatan obstetrik dan bayi baru lahir darurat komprehensif (CEmONC). Kebijakan berada di tempat untuk mendorong kelahiran berbasis fasilitas dan penyediaan layanan ibu dan bayi baru lahir berkualitas tinggi. Cakupan kesehatan universal untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (berjudul *Jampersal*) sedang diluncurkan di seluruh negeri untuk mengurangi hambatan keuangan untuk mengakses pelayanan kesehatan ibu baru lahir (KIA). Namun demikian, berikut ini tantangan tetap ada:



Gambar 3. Peta Provinsi EMAS

Sumber : (Hyre et al., 2019)

- Angka kematian kasus yang tinggi: Kematian ibu dan bayi baru lahir yang dapat dicegah terjadi di rumah sakit dan kualitas BEMONC dan CEMONC adalah umum dan di bawah standar didokumentasikan dengan baik.
- Kebingungan dalam proses rujukan: Rujukan biasanya dibuat secara ad hoc. Pemberitahuan sebelumnya dan sistem yang telah ditetapkan sebelumnya untuk rujukan yang efektif dan efisien hampir tidak ada, sehingga keterlambatan dalam proses rujukan dan perawatan yang tidak konsisten selama rujukan (The World Bank, 2010) Pemindahan ganda dari satu fasilitas ke fasilitas lain sering terjadi, dan fasilitas swasta jarang diakses untuk perawatan darurat. Informasi dari audit kematian ibu dan perinatal (MPA), ketika dilakukan, memberikan informasi tentang tren dan pola kematian di tingkat kabupaten, tetapi informasi ini tidak digunakan untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah dalam proses rujukan.
- Kurangnya akuntabilitas: Fasilitas tidak meninjau kematian ibu dan bayi baru lahir untuk menentukan kesenjangan dalam layanan dan tindakan korektif. Meskipun dimandatkan oleh Kemenkes, KKL tingkat kabupaten tidak dilakukan secara rutin; ketika dilakukan, mereka tidak bertemu standar nasional KKL. Juga tidak ada mekanisme rutin bagi anggota masyarakat untuk memberikan masukan atau mengajukan pengaduan mengenai aksesibilitas dan kualitas layanan.
- Kurangnya data yang dapat diandalkan: Pengumpulan statistik layanan di rumah sakit dan Puskesmas belum terstandar. Pemerintah telah menetapkan bahwa pencatatan sipil dan sistem statistik vital di

Indonesia membutuhkan penguatan yang substansial, tetapi tidak ada sumber data agregat yang andal mengenai penyebab kematian dan faktor penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir.

Akses ke layanan kesehatan reproduksi dan seksual termasuk keluarga Berencana. Dengan demikian, merupakan tantangan bagi Indonesia untuk menurunkan rasio kematian ibu dari 190 pada tahun 2013 menjadi hampir 100 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 untuk memenuhi salah satu tujuan MGD.

Laporan yang dikeluarkan oleh UNFPA, UNICEF dan BAPPENAS menunjukkan adanya penurunan rasio Kematian Ibu dari 1994 hingga 2008. Laporan juga menunjukkan bahwa rasio Maternal Kematian bervariasi dari satu kabupaten ke kabupaten lain di setiap provinsi di Indonesia. Namun, data tahun 2014 menunjukkan bahwa itu sedikit meningkat dari 2013 ke 2014 yang berarti perlu disikapi secara serius untuk mencapai target 25% penurunan pada tahun 2015.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) telah menunjukkan bahwa penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan (28%), eklampsia (24%), sepsis (11%), komplikasi aborsi (6%), persalinan macet (5%), dan lain-lain (26%). Tingginya rasio kematian ibu merupakan cerminan dari masalah kompleks yang perlu ditangani. Meskipun data menunjukkan bahwa 74,9 kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, disparitas antar provinsi dan kabupaten relatif besar. Tingkat kemiskinan berbeda-beda antara satu daerah dengan daerah lainnya. Mempertimbangkan disparitas, strategi kunci untuk mengurangi ibu kematian adalah dengan merekrut bidan di tingkat komunitas dan memastikan bahwa setiap kabupaten, termasuk daerah terpencil terdapat pelayanan kesehatan yang memadai. Pemerintah juga telah memberikan insentif tambahan kepada dokter dan bidan yang ditempatkan di daerah terpencil. Namun, standar dan kualitas layanan dipertanyakan. Tidak ada yang memadai penunjang seperti peralatan, obat-obatan, IEC (Information, Pendidikan dan Komunikasi), pelatihan dalam jabatan yang sesuai karena hambatan geografis dan biaya tinggi.

## **b. Pengertian**

EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) adalah sebuah program kerjasama Kementerian Kesehatan RI dan USAID selama lima

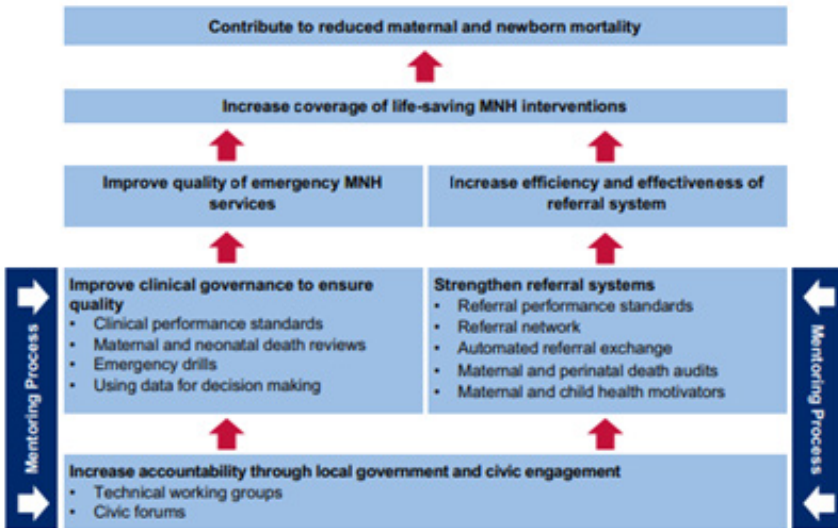
tahun (2012-2016) dalam rangka mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

EMAS befokus terhadap dua prioritas, yaitu

- Membangun rumah sakit dan pusat kesehatan masyarakat yang akuntabel untuk meningkatkan kualitas pelayanan maternal dan bayi baru lahir;
- Menjalin keselamatan ibu hamil di tengah situasi darurat dan mengantarkan ibu hamil dan bayi menuju pelayanan fasilitas kesehatan dan diberikan pelayanan keselamatan ibu hamil selama menuju rumah sakit.

### c. **Desain EMAS**

Menggunakan teori perubahan, EMAS mendukung serangkaian pendekatan dan intervensi di 30 kabupaten di enam provinsi untuk mengatasi tantangan yang teridentifikasi ini. Intervensi terjadi pada tiga fase terhuyung-huyung. Dalam Fase 1 (program tahun 1-2), EMAS didukung 10 kabupaten, 13 kabupaten ditambahkan dalam Fase 2 (tahun program 3); dan tujuh kabupaten lainnya ditambahkan dalam Fase 3 (program tahun 4-5). EMAS menerapkan pendekatan *mentoring peer-to-peer* antara institusi dan tim sebagai dasar untuk memperkenalkan, mengkatalisasi, dan memperluas peningkatan kinerja di dalam fasilitas dan distrik. EMAS memberikan pendampingan ini selama Fase 1, setelah itu tim dari fasilitas dan distrik berkinerja tinggi membimbing rekan-rekan mereka di fase-fase berikutnya. Tujuan dari peer-to-peer mentoring adalah untuk meningkatkan tata kelola klinis dan kualitas dalam fasilitas, serta Peta provinsi program EMAS. untuk memperkuat sistem rujukan dan akuntabilitas.



Gambar 4. Perubahan Teori EMAS

Pendampingan digunakan sebagai alternatif dari mekanisme pelatihan dan pengawasan berbasis kelompok untuk :

- Meningkatkan kinerja tim di lokasi mereka,
- Mengenali dan memotivasi orang-orang yang berkinerja tinggi dengan menggunakan mereka sebagai mentor, dan
- Mempromosikan keberlanjutan dengan mendorong mekanisme dan hubungan formal antara fasilitas, komunitas, dan distrik yang dapat berlanjut setelah dukungan program berakhir.

#### d. Tujuan EMAS

EMAS bertujuan untuk:

- Meningkatkan kualitas pelayanan PONED & PONEK. Memastikan intervensi medis prioritas yang mempunyai dampak besar pada penurunan kematian diterapkan di RS dan Puskesmas. Pendekatan tata kelola klinis (clinical governance) diterapkan di RS dan Puskesmas.
- Meningkatkan efektifitas dan efisiensi sistem rujukan antar Puskesmas /Balkesmas dan RS. Penguatan sistim rujukan. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas nakes, faskes dan Pemda. Meningkatkan akses masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

## e. Intervensi EMAS

### 1. Meningkatkan Tata Kelola Klinis untuk Memastikan Kualitas

LKKB berfungsi sebagai model untuk menunjukkan seberapa kuat tata kelola klinis dari semua tingkat manajemen diterjemahkan ke dalam penyediaan layanan KIB kualitas tinggi. Definisi tata kelola klinis diadopsi oleh EMAS dengan menggabungkan konsep akuntabilitas bersama untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas layanan dan menggunakan data untuk pengambilan membuat keputusan. Tim pendamping dari LKKB mempromosikan akuntabilitas, komunikasi, dan pembelajaran berkelanjutan di fasilitas kesehatan dengan memperkenalkan dan menetapkan prinsip-prinsip kebaikan yang dipilih secara sengaja.

Perawatan dan praktik untuk memperkuat tata kelola klinis dalam jangka waktu 12 sampai 18 bulan. Standar kinerja: Standar, yang diselaraskan dengan pedoman klinis nasional Depkes, mendefinisikan dan mengukur kesiapan fasilitas untuk mencegah dan mengelola komplikasi ibu dan bayi baru lahir tertentu. Standar tersebut mencakup komponen manajemen, seperti: fungsionalitas sistem tata kelola klinis (yaitu umpan balik dan penggunaan data klien). Kepatuhan terhadap standar dinilai oleh fasilitas setiap tiga bulan untuk mengukur kinerja, mengidentifikasi kesenjangan, dan mengembangkan rencana aksi untuk mengatasi kesenjangan. Ulasan kematian ibu dan bayi baru lahir berbasis fasilitas: Ulasan ini menggunakan proses tinjauan kasus terfokus untuk setiap kematian ibu, segar lahir mati, dan kematian bayi baru lahir (>2000 g) di rumah sakit dan puskesmas.

Ini dilakukan dalam waktu 24 jam setelah kematian dan dipimpin oleh kepala ruang bersalin dan bersalin. Selain itu, EMAS mendukung tinjauan retrospektif eksternal dari catatan kasus, di mana para spesialis dari Perhimpunan Profesi Obstetri dan Ginekologi (POGI) meninjau catatan medis untuk memeriksa faktor kontekstual yang berkontribusi terhadap kematian ibu di rumah sakit target EMAS. Informasi disarikan dari catatan medis buta dari 90 wanita yang meninggal di 11 rumah sakit dari Januari hingga Juni 2014, dan pengulas membahas temuan dengan manajemen rumah sakit.

Latihan darurat: Kedaruratan ibu dan bayi baru lahir disimulasikan setiap bulan untuk meningkatkan kinerja klinis, kerja tim, dan komunikasi, dan untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan sumber keterlambatan dalam daya tanggap. Data untuk pengambilan keputusan: Penggunaan data fasilitas ditingkatkan dengan memperkenalkan satu set standar statistik layanan untuk dikumpulkan oleh masing-masing fasilitas. Data dikumpulkan setiap bulan dan dianalisis untuk melacak cakupan intervensi klinis berdampak tinggi berbasis bukti. Staf fasilitas memetakan kinerja bulanan pada laminasi poster “data untuk pengambilan keputusan” dan meninjau data selama rapat internal rutin. Fasilitas melaporkan data ke otoritas kesehatan kabupaten menggunakan proses dan formulir sistem informasi kesehatan yang ada. Staf fasilitas juga mempresentasikan data yang dipilih kepada kelompok kerja KIB tingkat kabupaten untuk pemecahan masalah bersama. Indikator klinis dan operasional yang paling penting, ditentukan oleh masing-masing bangsal/unit, disajikan secara visual di dasbor visualisasi data yang dipasang di dinding untuk memotivasi tim agar mengambil tindakan untuk mengatasi kinerja yang kurang optimal.

## 2. Memperkuat Sistem Rujukan

Kelemahan dalam sistem rujukan kabupaten dan provinsi diidentifikasi sebagai kontributor utama kematian ibu dan bayi baru lahir yang dapat dicegah (Anggondowati et al., 2017; The World Bank, 2010). Kurangnya hubungan yang terjalin dan mekanisme komunikasi yang jelas di antara petugas kesehatan di seluruh kabupaten menyebabkan koordinasi dan komunikasi antara klinik kebidanan swasta, puskesmas, dan rumah sakit. Bidan dan keluarga sering tidak yakin ke mana harus mencari perawatan darurat, mengakibatkan keluarga bepergian ke beberapa rumah sakit sebelum menerima perawatan. Rumah sakit dan puskesmas tidak memiliki protokol standar untuk mengelola keadaan darurat dan rujukan, termasuk stabilisasi perawatan sebelum rujukan. Pembentukan tautan rujukan yang jelas dan cepat antara fasilitas BEmONC bersertifikat dan CEmONC di seluruh negeri bertekad untuk menjadi prioritas langsung. EMAS bekerja di dalam kabupaten untuk memperkuat yang ada proses rujukan.

Standar kinerja rujukan: Standar ini, berdasarkan pedoman Depkes, elemen yang ditentukan dari sistem rujukan fungsional dan digunakan setiap tiga bulan oleh tim dinas kesehatan kabupaten untuk menilai kinerja sistem rujukan, mengidentifikasi kesenjangan, dan mendorong rencana aksi untuk mengatasi kesenjangan. Jaringan rujukan: Perwakilan dari semua kesehatan publik dan fasilitas swasta bekerja secara kolaboratif dengan pejabat kesehatan kabupaten dan perwakilan masyarakat untuk memetakan jalur rujukan yang paling efisien antara puskesmas dan rumah sakit. Peran dan tanggung jawab masing-masing entitas dalam sistem rujukan diuraikan. *Memorandum of Understanding* (MOU) meresmikan jaringan rujukan dengan mendefinisikan jaringan tata kelola, memastikan bahwa semua entitas dalam jaringan rujukan, termasuk penyedia sektor swasta, telah didefinisikan dengan jelas dan peran dan tanggung jawab yang disepakati. MOU tersebut juga berfungsi sebagai mekanisme untuk meminta pertanggungjawaban semua entitas dalam jaringan untuk menegakkan peran dan tanggung jawab mereka. MOU dimodifikasi secara berkala seiring dengan berkembangnya peran dan tanggung jawab dalam jaringan, seperti fasilitas yang mengembangkan lebih banyak kapasitas dari waktu ke waktu untuk pengelolaan komplikasi.

Sistem pertukaran rujukan otomatis: Mekanisme komunikasi digital yang disebut Sijari EMAS dikembangkan dan diperkenalkan untuk memfasilitasi proses rujukan antara bidan, puskesmas, dan rumah sakit rujukan. Sistem ini memungkinkan petugas kesehatan berbasis desa dan puskesmas untuk memberi tahu rumah sakit tentang rujukan yang masuk dan untuk menerima panduan dari staf rumah sakit pada stabilisasi pra-rujukan. Pesan SMS dan panggilan telepon dialihkan di antara fasilitas sesuai dengan jalur rujukan digariskan dalam MOU jaringan rujukan. KKL tingkat kabupaten: EMAS membimbing pemangku kepentingan tingkat kabupaten untuk melakukan KKL yang efektif, objektif, dan tepat waktu untuk mengidentifikasi kelemahan atau hambatan dalam sistem kesehatan dan/atau rujukan yang mungkin berkontribusi terhadap kematian ibu dan perinatal. Pedoman KKL nasional 2010 digunakan sebagai pedoman referensi. Motivator kesehatan ibu dan anak (Motivator Kesehatan Ibu dan Anak—MKIA): Relawan motivator di tingkat desa direkrut oleh mitra LSM kami,

Muhammadiyah, untuk mengatasi masalah spesifik yang berkaitan dengan kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir, seperti: sebagai identifikasi dan pemantauan kasus berisiko tinggi, mempromosikan persalinan berbasis fasilitas, dan untuk meningkatkan kesadaran akan jaminan program kesehatan nasional.

3. Meningkatkan akuntabilitas melalui keterlibatan lokal pemerintah dan masyarakat.

EMAS bekerja dengan aktor lintas sektoral di tingkat provinsi dan kabupaten, serta masyarakat sipil di tingkat kecamatan untuk mempromosikan akuntabilitas untuk perencanaan, pemecahan masalah, dan tindakan lintas sektoral. Kelompok kerja teknis: EMAS mendukung pengembangan kelompok kerja (Pokja—atau kelompok kerja) di setiap provinsi dan kabupaten. Pokja dimulai sebagai struktur organisasi semi permanen untuk memfasilitasi tata kelola bersama, pemecahan masalah, kolaborasi, dan tindakan di antara pejabat publik, penyedia layanan, dan warga negara untuk mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir. Setiap Pokja terdiri dari satu dewan pemerintahan, komite pengarah, dan dewan eksekutif yang mengadakan pertemuan triwulanan untuk meninjau data tentang kemajuan menuju peningkatan jasa KIB. Tingkat tertinggi pemerintahan kabupaten yaitu kepala bupati, wakil bupati, sekretaris daerah, dan bupati perencanaan—semua pemimpin dalam dewan pengatur dan pengarah komite.

Dewan eksekutif termasuk asosiasi profesi, kepala fasilitas kesehatan publik dan swasta, dan pemimpin yang paling berpengaruh di setiap organisasi masyarakat sipil yang di setiap kabupaten. Keputusan dibuat di tingkat dewan eksekutif dibagikan dan diakui oleh Dewan Pemerintahan. Forum Masyarakat Madani: EMAS bertujuan untuk memberdayakan masyarakat sipil agar dapat berperan aktif dalam pengambilan keputusan. Forum masyarakat memenuhi tiga peran: memberikan umpan balik kepada pemerintah daerah, memantau tindakan dalam menanggapi kematian ibu dan bayi baru lahir, dan mempromosikan pemanfaatan layanan dengan meningkatkan kesadaran akan skema jaminan kesehatan nasional. Anggota dari forum sipil termasuk perwakilan dari non-pemerintah lokal dan organisasi masyarakat sipil.

#### 4. Strategi Untuk Program Evaluasi

Efektivitas pendekatan EMAS untuk mencapai hasil yang diinginkan diukur melalui:

- Statistik layanan di fasilitas kesehatan: Rumah sakit dan puskesmas yang menggunakan fasilitas register tulisan tangan untuk mengumpulkan, memvisualisasikan, menganalisis, dan menyiapkan statistik layanan untuk digunakan dalam pengambilan keputusan. Pilihan layanan statistik ini dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten setiap bulan. Untuk mengukur peningkatan kinerja fasilitas, staf EMAS mengumpulkan dan menggabungkan layanan statistik ini dari semua rumah sakit dan puskesmas di wilayah intervensi EMAS setiap bulan. Secara total, EMAS mengumpulkan data dari 535 130 kelahiran di 136 rumah sakit swasta dan rumah sakit umum dan 285 puskesmas antara April 2013 dan Desember 2016.
- Data evaluasi: EMAS melakukan evaluasi eksternal dengan pengumpulan data yang dilakukan secara independen oleh Summit Institute untuk Pembangunan. Desain kuasi-eksperimental mengukur pengaruh pendekatan EMAS terhadap tingkat kematian ibu dan bayi baru lahir, kualitas perawatan, manajemen komplikasi ibu dan bayi baru lahir, dan peningkatan efisiensi rujukan untuk komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

#### 5. Keberlanjutan EMAS

Visi keberlanjutan program dimasukkan ke dalam pendekatan EMAS di semua tahun program. Pendekatan EMAS dirancang untuk membantu distrik dan fasilitas mengoperasikan yang ada. Kebijakan dan program Pemerintah Indonesia, perangkat dan pendekatan EMAS dimasukkan dalam kebijakan pemerintah daerah, karena itu, banyak pendekatan EMAS dapat didanai menggunakan anggaran lokal. Peralatan dan pendekatan dibuat untuk memungkinkan fasilitas lebih mudah bertemu dalam menetapkan standar dan harapan pemerintah mengenai penyediaan perawatan darurat ibu dan bayi baru lahir di dalam fasilitas dan selama proses rujukan.

Ada penyerapan dan replikasi yang luas dari pendekatan-pendekatan tersebut baik di dalam maupun di luar kabupaten

target EMAS (Hyre et al., 2019). Kolaborasi dan advokasi dengan dinas kesehatan kabupaten di kabupaten yang didukung EMAS memungkinkan pendanaan mandiri untuk replikasi intervensi EMAS dan pendekatan ke fasilitas tambahan di 23 dari 30 kabupaten. Tambahan 35 kabupaten/kota non-EMAS sedangkan di provinsi replikasi pendekatan EMAS EMAS didanai sendiri.

## 6. Penyebaran EMAS

Di tengah program, EMAS mendukung pertemuan di setiap provinsi EMAS sehingga staf fasilitas berkinerja tinggi dan dinas kesehatan kabupaten di kabupaten EMAS mendemonstrasikan dan berbagi kemajuan dan hasil mereka dengan perwakilan dari semua distrik di Provinsi. Kegiatan ini selaras dengan penganggaran tahunan tingkat kabupaten dan proses perencanaan untuk memungkinkan kabupaten non-EMAS untuk mulai meniru pendekatan EMAS menggunakan dana mereka sendiri dan untuk memanfaatkan mentor dari kabupaten EMAS. Melalui kegiatan-kegiatan tersebut, alat dan sumber daya bersama berkinerja tinggi yang dikembangkan oleh EMAS, termasuk panduan manajemen pendampingan, pertunjukan, alat pemantauan, alat bantu kerja klinis, pedoman biaya, pedoman pelaksanaan forum kemasyarakatan dan Pokja, laporan teknis tentang topik-topik seperti tata kelola klinis, penguatan sistem rujukan, dan pendampingan klinis, dan hasil evaluasi program. Kemenkes dan dinas kesehatan provinsi berperan besar dalam sosialisasi dengan EMAS termasuk dalam forum perencanaan dan advokasi untuk penyerapan alat dan pendekatan.

### f. Pendekatan EMAS

Pendekatan EMAS yaitu sebagai berikut :

- Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan neonatal minimal di 150 RS (PONEK) Pemerintah & Swasta dan 300 Puskesmas/Balkesmas (PONED) melalui penerapan tata kelola yang baik terkait kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir.
- Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan RS.
- Pemanfaatan teknologi informasi mutakhir (SMS, hotline, media social) untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan kegawatdaruratan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

- Program dirancang agar dapat memberi dampak nasional (tidak hanya sebatas area kerja).

Dalam mencapai programnya, EMAS melakukan pendekatan Vanguard atau dapat diartikan dengan istilah Garda Depan, yaitu dengan melakukan:

- Penerapan tata kelola yang baik terkait kelangsungan hidup bayi dan ibu baru lahir yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di fasilitas kesehatan,
- Pemanfaatan teknologi informasi mutakhir (SMS, hotline, media sosial) dalam hal meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan kegawatdaruratan yang dilakukan untuk peningkatan sistem rujukan yang efektif, efisien berkualitas dan aman dalam kegawatdaruratan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Tingginya angka kematian ibu di berbagai negara merupakan hal yang melatarbelakangi berdirinya program *safe motherhood*. Berbagai negara telah mencoba untuk mengimplementasikannya.

Di Indonesia salah satunya, implementasi *safe motherhood* (yang dikenal juga sebagai *safe motherhood initiative*) dilakukan dengan berbagai cara dari primary health care hingga ke program EMAS.

Implementasi *safe motherhood* membutuhkan komitmen baik dari pelayanan kesehatan publik mau pun pelayanan kesehatan privat. Kurangnya komitmen dan kebijakan upaya pengimplementasian *safe motherhood*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Acharya, Anita Shankar, Ravneet Kaur, Josyula Gnana Prasuna, and Nazish Rasheed. 2015. "Making Pregnancy Safer - Birth Preparedness and Complication Readiness Study among Antenatal Women Attendees of A Primary Health Center, Delhi." *Indian Journal of Community Medicine* 40(2): 127–34.
- Anggondowati, Trisari et al. 2017. "Maternal Characteristics and Obstetrical Complications Impact Neonatal Outcomes in Indonesia: A Prospective Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 1–12.

- Anikwe, Chidebe Christian et al. 2020. "Birth Preparedness and Complication Readiness among Pregnant Women in a Secondary Health Facility in Abakaliki, Ebonyi State, Nigeria." *BioMed Research International* 2020.
- Hakim, Rinaldi, Kheyene Molekandella Boer, Gerakan Sayang Ibu, and Ibu Hamil. 2019. "Strategi Komunikasi Gerakan Sayang Ibu." 7(1): 113–27.
- Hyre, Anne et al. 2019. "Expanding Maternal and Neonatal Survival in Indonesia: A Program Overview." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 144: 7–12.
- Kildea, Sue, Wendy Elizabeth Pollock, and Lesley Barclay. 2008. "Making Pregnancy Safer in Australia: The Importance of Maternal Death Review." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(2): 130–36.
- The World Bank. 2010. "‘And Then She Died’ Indonesia Maternal Health Assessment." In *Illness, Crisis & Loss*, , 72–73.
- World Health Organization. 2008. "Improving Maternal and Perinatal Health: European Strategic Approach for Making Pregnancy Safer." <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107858>.
- Wuryani, Murti. 2019. "Pelaksanaan Asuhan Sayang Ibu Pada Proses Persalinan Di Blud Rumah Sakit Kabupaten Konawe." *Jurnal SMART Kebidanan* 6(1): 37.

## BIOGRAFI PENULIS



**Neshy Sulung, SST.** Lahir di Talang Baru tanggal 20 November 1988 adalah anak Pertama dari Empat bersaudara dan Ibu dari satu orang putra. Alumni D3 Kebidanan Tahun 2008 dan D IV Kebidanan Tahun 2010 di Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan saat ini sedang menempuh pendidikan Pascasarjana di BKU KIA KESPRO Program Studi Ilmu Kesehatan

Masyarakat Universitas Sriwijaya di Palembang. Kesehariannya mengabdikan sebagai ASN Fungsional Umum di Universitas Bengkulu dan aktif sebagai Pengurus Harian di Organisasi Profesi Ikatan Bidan Indonesia Ranting Rafesia Bengkulu. Buku tentang *Safe Motherhood* ini adalah buku pertama yang dibuat oleh Penulis bersama dengan rekannya yang juga sedang menempuh pendidikan S2 IKM di Universitas Sriwijaya. Semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca dalam menambah wawasan pengetahuan tentang *Safe Motherhood*.





## BAB III

### PERAWATAN PERSALINAN

*Suprida, SKM., M.Kes*  
*Poltekkes Kemenkes Palembang*

#### **Konsep Dasar Persalinan Normal**

Hal yang diperhatikan dalam persalinan normal, dua faktor yang harus diperhitungkan dalam persalinan normal yaitu : kemajuan persalinan dan status besar kecilnya risiko dalam kehamilan. Hal ini dikarenakan komplikasi yang terjadi pada saat persalinan tidak sesuai prediksi. Berdasarkan sasaran safe motherhood maka hasil yang harus didapat yaitu penurunan kehamilan beresiko.

Dalam persalinan normal tergantung cara perawatan pada saat persalinan. Disebutkan bahwa persalinan pada negara berkembang sebanyak 20% dirujuk selama persalinan, selain itu sebanyak 20% juga telah dirujuk pada saat masa kehamilan, rujukan lebih rendah pada wanita multipara daripada nulipara. Dijelaskan dalam sebuah penelitian bahwa pengkajian atau anamnesis risiko dilaksanakan secara detail dan teliti, yang berarti banyak dari wanita hamil yang dirujuk melahirkan secara normal.

Persalinan adalah proses terjadinya persalinan, yang memerlukan kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan intensitas yang cukup untuk menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks. Mekanisme yang mendasari awitan dan kemajuan persalinan spontan sebagian besar masih belum diketahui dan persalinan merupakan kontinum yang tidak mudah diukur. Tidak hanya secara prospektif mendefinisikan permulaan persalinan sebagai tantangan yang signifikan, tetapi kemampuan untuk mengevaluasi perkembangannya terbatas karena pemeriksaan serviks hanya dilakukan secara episodik, jika sama sekali. Upaya untuk membagi kontinum kerja ke dalam tahapan dan fase menambah kompleksitas. Terlepas dari kesulitan pengukuran, memahami dan mendukung persalinan kala satu normal memungkinkan waktu untuk peristiwa persalinan fisiologis terungkap tanpa intervensi yang tidak perlu, sambil secara bersamaan mengamati wanita untuk situasi di mana intervensi mungkin diperlukan. Hanya dengan cara ini asuhan kebidanan yang aman dan mutakhir dapat diberikan (King et al. 2019).

Kala satu persalinan dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang dibuktikan dengan perubahan serviks yang progresif, dan berakhir ketika serviks telah berdilatasi sempurna (kira-kira 10 cm) dan siap untuk keluarnya bagian presentasi janin. Ini dikenal sebagai tahap dilatasi serviks. Tahap kedua persalinan, yang dikenal sebagai tahap ekspulsif, mengikuti. Tahap pertama persalinan secara klasik dibagi menjadi tiga fase berurutan, meskipun agak samar-samar didefinisikan: laten, aktif, dan deselerasi. Fase laten dimulai dengan timbulnya kontraksi persalinan uterus yang teratur; fase aktif dimulai ketika tingkat dilatasi serviks meningkat. Tahap perlambatan ketiga di mana kemajuan persalinan melambat antara 8 dan 10 sentimeter dari pembukaan serviks diidentifikasi oleh Dr. Emanuel Friedman dalam penelitian yang dilakukan pada tahun 1960-an tetapi kenyataan dari fase perlambatan masih kontroversial seperti yang akan dibahas kemudian dalam bab ini. Kala II persalinan dimulai dengan pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala III persalinan adalah waktu antara kelahiran bayi dan lahirnya plasenta. Abnormalitas kemajuan persalinan diulas dalam bab Komplikasi Selama Persalinan dan Kelahiran.

Setiap tahap dan fase persalinan ditandai dengan perubahan fisik yang berbeda dan respons perilaku yang berbeda. Perubahan fisik—khususnya,

dilatasi serviks dan stasiun janin—digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan. Perilaku wanita dapat digunakan untuk membantu memperkirakan kemajuan persalinan tanpa menggunakan pemeriksaan serviks, meskipun respons individu dan budaya terhadap persalinan sangat bervariasi. Dengan demikian, bidan perlu mengetahui wanita tersebut, tujuan, harapan, dan perhatiannya serta kerangka budayanya untuk menilai kemajuan persalinan melalui evaluasi ekspresi dan perilakunya. Meskipun interpretasi perilaku nonverbal adalah komponen umum dari penilaian kebidanan orang dalam persalinan aktif, individu mengungkapkan pengalaman mereka dengan cara yang sangat bervariasi dan bias implisit penyedia layanan kesehatan sering mengakibatkan salah tafsir. Dengan demikian, interpretasi bidan tentang perilaku nonverbal harus selalu diverifikasi dengan individu (King et al. 2019)

## **Perawatan Persalinan**

### **1. Konsep Dasar Perawatan Persalinan**

Perawatan intrapartum harus dirancang dengan minimal intervensi sehingga menghasilkan ibu dan bayi yang sehat dan pengalaman melahirkan yang positif. Penelitian sebelumnya menunjukkan beberapa faktor yang berhubungan dengan pengalaman positif persalinan dan perawatan intrapartum, seperti terpenuhinya harapan seseorang (Christiaens and Bracke 2007; Hauck et al. 2007) dan melahirkan normal tanpa intervensi (Hildingsson et al. 2021). Beberapa aspek tampaknya menjadi yang paling penting, seperti ketersediaan dukungan selama persalinan dan kelahiran. Dukungan terus menerus tidak hanya nyaman bagi wanita, tetapi juga menghasilkan lebih sedikit kebutuhan untuk menghilangkan rasa sakit, lama persalinan yang lebih pendek, kelahiran yang lebih normal dan hasil yang lebih baik untuk bayi, menurut Cochrane Review (Bohren et al. 2017). Wanita menghargai dukungan terus menerus dari orang yang mendampingi serta dari profesional kesehatan (Lunda, Minnie, and Benadé 2018). Namun, isi dukungan dan karakteristik orang-orang pendukung juga terbukti penting (Downe et al. 2018; Lunda, Minnie, and Benadé 2018). Sementara mitra penting untuk mendukung orang, kebutuhan dan preferensi mereka tidak selalu diakui. Tinjauan literatur integratif dari 25 studi menunjukkan bahwa

pasangan ingin diinformasikan, terlibat dan dihormati dan panggilan untuk perawatan berorientasi keluarga.

Model kontinuitas asuhan kebidanan adalah aspek penting lainnya yang dapat menghasilkan kepuasan yang lebih besar, intervensi yang lebih sedikit, kelahiran yang lebih spontan, kebutuhan yang lebih sedikit untuk perawatan epidural dan perawatan yang lebih hemat biaya, seperti yang ditunjukkan dalam Tinjauan Cochrane dari 15 studi berkualitas tinggi yang terdiri dari lebih dari 17.000 wanita (Sandall et al. 2016). (Perriman, Davis, and Ferguson 2018) menekankan hubungan wanita-bidan sebagai aspek terpenting dalam model kontinuitas. Ini memerlukan perawatan individual berdasarkan hubungan saling percaya, yang memberdayakan perempuan. Nyeri persalinan dapat dikelola dengan beberapa cara. Pengalaman wanita tentang metode penghilang rasa sakit menunjukkan bahwa metode farmakologis dapat mengurangi rasa sakit tetapi dapat mengakibatkan efek samping negatif. Di sisi lain, metode nonfarmakologis dapat meningkatkan ikatan dengan staf dan orang-orang pendukung (Thomson et al. 2019). Mengelola nyeri persalinan dapat dipengaruhi oleh dukungan dan penerimaan yang berkelanjutan secara individual (Gucht and Lewis 2015). Perasaan kontrol dan terlibat dalam pengambilan keputusan adalah aspek penting lainnya dari perawatan intrapartum, seperti yang ditunjukkan dalam tinjauan sistematis besar yang terdiri dari 35 penelitian (Downe et al. 2018).

Selama kehamilan dan persalinan, wanita dan pasangannya terpapar layanan kesehatan, terutama tanpa 'sakit'. Perawatan kesehatan untuk kehamilan dan kelahiran, di sisi lain, diatur dalam fasilitas perawatan kesehatan yang dirancang untuk pasien. Biasanya, menjadi orang tua adalah peserta aktif, dan perawatan antenatal dan intrapartum menyediakan tempat yang sangat baik untuk mengembangkan pendekatan yang berpusat pada seseorang (atau wanita/keluarga) untuk meningkatkan kualitas perawatan. Perawatan yang berpusat pada orang adalah konsep yang diadopsi di sebagian besar organisasi kesehatan di Swedia. Hal ini mensyaratkan bahwa individu dilihat, didengar dan terlibat dalam perawatan, berdasarkan kebutuhan, sumber daya dan prasyarat mereka. Ada juga panggilan untuk mengembangkan model dengan kontinuitas, dan studi ini melaporkan salah satu inisiatif tersebut.

Wanita yang memiliki bidan yang diketahui membantu selama persalinan dan kelahiran cenderung kurang menilai kualitas perawatan intrapartum sebagai kekurangan dalam dua bidang. Pertama adalah keterlibatan pasangan, dan kedua adalah dukungan dari bidan. Studi tentang model kontinuitas telah melaporkan bahwa bidan menjadi lebih seperti teman khusus dengan mengenal keluarga dan jaringan wanita (Haines, Baker, and Marshall 2015) pasangan melaporkan bahwa hubungan dengan bidan dipandang sebagai 'persahabatan profesional, ditandai dengan kesetaraan dan inklusivitas', keadaan yang juga membuat pasangan merasa terlibat. Beberapa pernyataan dirasakan dengan kualitas kurang dan kualitas berlebihan (partisipasi dalam pengambilan keputusan, penghilang rasa sakit, dan berbicara melalui kelahiran). Hal ini dapat dijelaskan dengan pendekatan individu bidan dan kemampuan untuk melibatkan perempuan. Dalam studi kohort regional dari 1049 wanita yang harapannya diselidiki pada akhir kehamilan dan pengalaman mereka setelah melahirkan, ditemukan bahwa dukungan dari bidan, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, persepsi kontrol, dan kehadiran bidan, dinilai sebagai 'lebih buruk' dari yang diharapkan' (misalnya kualitas kurang) dan 'lebih baik dari yang diharapkan' (misalnya kualitas berlebihan). Beberapa aspek ini dapat dipengaruhi oleh beban kerja di bangsal bersalin, dan selalu ada tantangan untuk memberikan perawatan yang memadai dalam keadaan sulit. Namun, kemungkinan besar orang tua akan menerima bahwa bidan memiliki beban kerja yang berat selama mereka merasa mendapat informasi dan diperhatikan dengan baik.

Dalam penelitian (Hildingsson et al. 2021) disebutkan bahwa 2 aspek penting selama perawatan intrapartum yaitu aspek medis dan emosional perawatan intrapartum, yaitu partisipasi dalam pengambilan keputusan dan keterlibatan pasangan, terlepas dari apakah ada bidan yang diketahui membantu atau tidak. Kehadiran bidan dan dukungan dari bidan dimuat pada setiap domain perawatan intrapartum tetapi merupakan dua sisi mata uang yang sama. Ini adalah atribut utama untuk kelompok wanita yang tidak memiliki bidan yang diketahui, dan hasilnya menunjukkan pentingnya hubungan antara wanita dan bidan. Hubungan seperti itu melekat dalam model kontinuitas dan merupakan kunci untuk membangun kepercayaan diri, yang terkait dengan perasaan memegang kendali (Davison et al. 2015; Lewis, Jones, and Hunter 2017). Memindahkan fokus yang kuat

dari profesional ke 'pasien', seperti yang direkomendasikan dalam konsep perawatan yang berpusat pada orang (atau berpusat pada wanita), dapat menjadi tantangan bagi penyedia layanan kesehatan, terutama di area yang didominasi secara medis seperti persalinan, di mana aturan dan peraturan seringkali tidak memprioritaskan harapan dan pengalaman perempuan.

## **Tujuan Perawatan dalam Persalinan Normal**

Tujuan dilakukan perawatan pada persalinan normal yaitu agar ibu dan bayi sehat dengan tingkat intervensi yang sedikit sehingga ibu bisa bersalin dengan selamat dan aman.

Tugas pemberi perawatan dibagi menjadi empat yaitu :

- Memberi dukungan pada ibu dan keluarganya sampai dengan periode nifas dan tumbuh kembang anak.
- Melakukan observasi dan memantau keadaan janin serta melakukan pemantauan secara berkala pada ibu dan janin dan melakukan pendektasian masalah sedini mungkin.
- Melakukan intervensi kecil sesuai peraturan seperti tindakan amniotomi dan episiotomi serta melakukan perawatan pada bayi baru lahir
- Melakukan rujukan ke fasilitas yang lebih tinggi atau yang mempunyai peralatan dan tenaga kesehatan yang memadai jika terdapat komplikasi pada ibu bersalin.

Di berbagai negara dijelaskan bahwa dengan adanya rujukan ke tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dapat diwujudkan dengan mudah tetapi diperlukan adanya peraturan untuk melakukan penyelamatan ibu yang sedang bersalin an dilakukan pelatihan serta perubahan pada undang-undang sehingga bisa mendukung terwujudnya persalinan yang normal.

## **Rekomendasi Perawatan dalam Persalinan Normal**

### **1. Perawatan maternitas yang penuh hormat**

Perawatan yang mengacu pada perawatan yang diselenggarakan untuk perawatan maternitas dan diberikan kepada semua wanita dengan cara yang menjaga martabat, privasi dan kerahasiaan mereka, memastikan kebebasan dari bahaya dan perlakuan buruk, dan memungkinkan pilihan yang tepat dan dukungan berkelanjutan selama persalinan atau melahirkan.

## 2. Komunikasi yang efektif

Komunikasi yang efektif antara penyedia perawatan bersalin dan wanita dalam persalinan, dengan menggunakan metode yang sederhana dan dapat diterima oleh budaya.

## 3. Membangun hubungan baik selama persalinan dan nifas.

Pendamping pilihan direkomendasikan untuk semua wanita selama persalinan.

## 4. Perawatan yang berkesinambungan

Model asuhan kesinambungan yang dipimpin bidan, di mana bidan yang dikenal atau sekelompok kecil bidan yang dikenal mendukung seorang wanita selama kontinum antenatal, intrapartum dan pascanatal, direkomendasikan untuk wanita hamil di rangkaian dengan program kebidanan yang berfungsi dengan baik (World Health Organization 2018).

## Dukungan dalam Persalinan

Berbagai definisi dan makna dikaitkan dengan dukungan dalam persalinan, hal ini dapat menyebabkan kebingungan tentang bagaimana studi yang dibandingkan dan bagaimana konsep dukungan satu-ke-satu diterjemahkan ke dalam praktik (Sosa et al., 2012).

Tinjauan sistematis Cochrane, Dukungan Berkelanjutan untuk Wanita Selama Melahirkan, mengidentifikasi elemen perawatan suportif dalam persalinan yang telah dibahas dalam uji coba terkontrol secara acak:

Elemen umum dari perawatan ini termasuk dukungan emosional (kehadiran terus menerus, jaminan dan pujian), informasi tentang kemajuan persalinan dan saran mengenai teknik koping, langkah-langkah kenyamanan (seperti sentuhan yang menenangkan, pijat, mandi air hangat, mempromosikan asupan dan keluaran cairan yang memadai) dan advokasi (membantu wanita mengartikulasikan keinginannya kepada orang lain).

Versi terbaru dari tinjauan sistematis Cochrane tentang dukungan berkelanjutan selama persalinan (Hodnett et al., 2013) terus mengidentifikasi pengurangan operasi caesar; kelahiran instrumental; penggunaan analgesia intrapartum dan epidural; dan skor Apgar rendah. Wanita yang memiliki dukungan terus menerus lebih mungkin untuk melaporkan pengalaman positif persalinan dan kelahiran dan memiliki persalinan yang lebih pendek.

## **Asuhan Berbasis Sayang Ibu**

### **Asuhan Sayang Ibu pada Kala I Persalinan**

Kala I persalinan yaitu kala atau waktu dari mulai adanya his hingga adanya pembukaan lengkap. Pada kala ini kita sebagai bidan dapat memberikan asuhan berupa :

1. Pemberian dukungan emosional
2. Keluarga atau suami dapat Mendampingi persalinan ibu sesuai keinginan ibu
3. Mengikutsertakan keluarga dalam proses persalinan dengan cara
  - Memberi pujian dan memberikan kalimat positif kepada ibu
  - Mengarahkan ibu untuk bernafas yang benar saat adanya kontraksi
  - Membersihkan ibu dari keringat menggunakan kain yang lembut
  - Memberikan rasa kekeluargaan serta keamanan bagi ibu
4. Memberikan keleluasaan kepada ibu untuk menentukan posisi bersalin agar ibu nyaman
5. Menganjurkan ibu untuk emenuhi kebutuhan nutrisi dengan mempersiapkan makan dan minum
6. Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan
7. Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala; menyebabkan ibu tidak nyaman; meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan; mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.
8. Memberikan fleksibilitas untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan
9. Kandung kemih yang penuh dapat mengganggu proses persalinan dan menghambat penurunan kepala, menyebabkan ketidaknyamanan ibu, meningkatkan risiko perdarahan postpartum, mengganggu pengelolaan distosia bahu, dan meningkatkan risiko infeksi saluran kemih setelah melahirkan.
10. Pencegahan infeksi  
Tujuan pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi, menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu hamil dan bayi baru lahir.

## Asuhan Sayang Ibu pada Kala II Persalinan

Tahap kedua adalah dari pembukaan lengkap serviks hingga tahap persalinan. Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu adalah :

1. Pendampingan ibu dalam proses persalinan sampai dengan suami melahirkan bayi dan anggota keluarga lainnya.
2. Partisipasi anggota keluarga dalam memberikan asuhan meliputi:
  - Membantu ibu mengubah posisi.
  - Lakukan stimulasi taktil.
  - Menyediakan makanan dan minuman.
  - Jadilah lawan bicara/pendengar yang baik.
  - Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai bayi lahir.
3. Partisipasi bidan pada masa nifas dan nifas-melalui :
  - memberikan dukungan dan semangat bagi ibu dan keluarga.
  - Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
  - Memberikan bantuan selama persalinan dan melahirkan.
4. Melalui bimbingan dan bantuan kepada ibu, ibu dapat merasa nyaman dalam persalinan kala II.
5. Disarankan agar ibu mengejan bila ada dorongan kuat dan spontan untuk mengejan, dan memberikan kesempatan untuk istirahat tanpa dirinya.
6. Pada tahap kedua, makan makanan dan minuman yang cukup.
7. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan:
  - Kurangi ketegangan.
  - Membantu kelancaran proses persalinan dan melahirkan bayi.
  - Jelaskan metode dan tujuan dari setiap operasi penyelamatan.
  - Jawab pertanyaan ibu.
  - Jelaskan apa yang terjadi antara ibu dan bayinya.
  - Pemberitahuan hasil pemeriksaan.
8. Pada kala II dilakukan pembersihan pada vulva dan perinium sebagai langkah mencegah infeksi.
9. membantu ibu untuk membuang air kecil untuk mengosokan kandung kemih.

## **Asuhan Sayang Ibu pada Kala III Persalinan**

Tahap ketiga adalah tahap dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan segera menyusui
- Beritahu setiap tindakan yang akan diambil.
- Mencegah infeksi kala III.
- Pantau kondisi ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- Kolaborasi/rujukan dalam situasi darurat.
- Memenuhi kebutuhan nutrisi dan kelembaban.
- Memberikan motivasi dan bantuan pada tahap ketiga.

## **Asuhan Sayang Ibu pada Kala IV Persalinan**

Kala empat terjadi 1-2 jam setelah plasenta lahir. Asuhan yang dapat diberikan pada ibu adalah

- Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, dan perdarahan normal.
- Bantu ibu untuk buang air kecil.
- Ajarkan ibu dan anggota keluarga bagaimana mengevaluasi kontraksi dan melakukan pijat rahim.
- Menyelesaikan perawatan awal bayi baru lahir.
- Ajarkan ibu dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya nifas, seperti perdarahan, demam, bau vagina, pusing, lemas, dan komplikasi dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- Pendampingan pada ibu selama kala IV.
- Nutrisi dan dukungan emosional (Yulizawati et al. 2019).

## **Dukungan kepada Ibu selama masa Persalinan**

Sepanjang sejarah, wanita telah menerima dukungan selama proses melahirkan (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2012). Perawatan suportif selama persalinan dapat merujuk pada perawatan nonmedis yang diarahkan untuk mengurangi kecemasan, ketidaknyamanan, kesepian, dan/atau kelelahan pasien untuk membantunya menggunakan kekuatannya sendiri dan untuk memastikan bahwa kebutuhan dan keinginannya diketahui dan dihormati (Simkin, 2002). . Perawatan suportif intrapartum secara

tradisional diberikan oleh perawat dan bidan. Bidan mungkin adalah wanita yang bukan pegawai rumah sakit dan tidak memiliki hubungan pribadi dengan wanita yang bersalin atau wanita yang dipilih oleh wanita prepartum dari jejaring sosial mereka. Perawatan suportif intrapartum meliputi dimensi dukungan fisik dan kenyamanan, dukungan emosional, dukungan instruksional atau informasional, dan dukungan advokasi (Adams & Bianchi, 2008; Hodnett et al., 2012).

Penelitian telah menunjukkan bahwa perempuan telah didukung oleh bidan pada saat melahirkan mereka di unit bersalin atau daerah yang dipimpin bidan (Sandall et al. 2016), seperti:

- Intervensi yang lebih sedikit (induksi persalinan, seksio sesarea, forsep, ventouse, dan ARM) (Hodnett et al. 2011).
- Analgesia farmakologis yang lebih sedikit
- Lebih sedikit episiotomi
- Kurangnya imobilitas selama persalinan
- Kurangnya pemantauan janin eksternal
- Kelainan jantung janin yang lebih sedikit.

Selain itu:

- Ada yang lebih normal, kelahiran spontan
- Wanita mengalami kepuasan yang lebih besar dengan perawatan mereka dapatkan
- Bidan mengungkapkan kepuasan kerja yang lebih besar
- Tidak ada perbedaan angka kematian atau morbiditas perinatal dibandingkan dengan kelahiran di unit lain.

Hasil ini bergantung pada aspek-aspek berikut yang berkaitan dengan perawatan:

#### 1. **Dukungan informasi**

Informasi lengkap, akurat, dan individual diberikan tentang kemajuan dan prosedur. Ada proses pemberian informasi dan komunikasi dua arah antara ibu dan pasangan serta bidan.

Memberikan informasi kepada wanita selama persalinan memberikan kenyamanan fisik dan emosional. Dengan demikian, aktivitas ini harus dimulai selama periode antenatal dan dilanjutkan selama persalinan untuk membantu ibu mempersiapkan diri baik secara kognitif maupun emosional untuk melahirkan. Telah ditunjukkan bahwa pendidikan yang ditawarkan

tentang strategi koping untuk persalinan selama periode antenatal meningkatkan efikasi diri, mengurangi rasa sakit dan kecemasan selama tahap pertama dan kedua persalinan, dan meningkatkan kemampuan ibu praparsalinan untuk mengelola persalinan mereka serta kepuasan mereka. dengan persalinan (Ferguson, Davis, and Browne 2013).

Wanita harus didorong untuk memanfaatkan informasi yang ditawarkan selama persalinan. Bidan dan perawat intrapartum harus menggunakan keterampilan komunikasi yang efektif untuk menginformasikan ibu tentang rutinitas ruang bersalin, proses persalinan, dan intervensi relaksasi yang dilakukan selama persalinan. Dalam satu penelitian, pelatihan sesi tunggal yang ditawarkan selama fase laten persalinan meningkatkan efikasi diri yang dirasakan secara signifikan. Oleh karena itu, di negara-negara di mana program pendidikan antenatal standar kurang, fase laten persalinan mungkin merupakan waktu yang tepat untuk memberikan informasi yang memungkinkan mereka mempersiapkan diri baik secara kognitif maupun emosional untuk melahirkan.

## **2. Dukungan fisik**

Aktivitas fisik dianjurkan, dukungan taktil yang disediakan untuk beberapa wanita, sarana non-farmakologis disediakan untuk membantu wanita mengatasi lebih baik, misalnya mandi air hangat, pijat, kebebasan bergerak, posisi optimal. Kepastian diberikan tentang perubahan fisik dan gejala yang terjadi selama persalinan, mis. menunjukkan, pecah ketuban, mual yang dialaminya.

Dukungan fisik dan kenyamanan selama persalinan dicapai melalui penggunaan kontrol lingkungan di ruang bersalin, melalui memungkinkan wanita untuk mengelola rasa sakit, melalui menyediakan kebersihan dan menghilangkan urin, dan melalui pemeliharaan nutrisi. Meskipun sejumlah penelitian telah diterbitkan tentang efek kenyamanan fisik selama persalinan, intervensi yang menggunakan air (misalnya, memasuki kolam kelahiran atau mandi), teknik relaksasi, akupunktur, atau pijat telah terbukti mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kepuasan dengan proses kerja.

## **3. Dukungan emosional**

Dukungan emosional selama persalinan meningkatkan keefektifan yang dirasakan pasien dari perawatan intrapartum yang ditawarkan oleh staf kesehatan. Dukungan emosional dalam persalinan dapat dicapai

dengan menggunakan keterampilan komunikasi yang efektif dan dengan mengalihkan perhatian wanita dari persalinan mereka, memungkinkan mereka untuk mengekspresikan perasaan mereka, mengubah perasaan negatif mereka menjadi perasaan positif, dan memanfaatkan spiritualitas (Isbir and Serçekuş 2017).

Dukungan emosional adalah salah satu parameter terpenting dari perawatan suportif selama persalinan. Ketakutan, pengalaman yang paling umum dari wanita dalam persalinan, secara negatif mempengaruhi proses persalinan, menyebabkan wanita mengalami rasa sakit yang lebih parah dan memperpanjang proses persalinan, yang mengurangi kepuasan pasien dengan persalinan. Ketakutan selama persalinan menyebabkan ketegangan, yang mengurangi kontrol pasien terhadap proses persalinannya. Telah dilaporkan bahwa wanita yang mengalami ketakutan akan persalinan memiliki persepsi perawatan intrapartum yang lebih rendah (Hildingsson et al. 2014).

Hal ini penting bagi bidan untuk menghargai berbagai perasaan dan perilaku emosional yang mungkin diekspresikan selama persalinan dan kelahiran:

- Perasaan takut: kegagalan, rasa sakit, yang tidak diketahui; mungkin dipengaruhi oleh pengalaman obstetrik negatif sebelumnya.
- Permusuhan: karena hubungan sebelumnya yang buruk dengan tenaga kesehatan, sehingga mekanisme pertahanan untuk kecemasan yang tidak diungkapkan pada kehamilan yang tidak diinginkan
- Kebencian: karena keadaan pribadi dan hubungan yang sulit
- Emosi positif: kegembiraan, kepercayaan diri, kepuasan, dll.
- Harapan yang tidak realistis
- Kesadaran akan ketakutan dan kecemasan pasangan.

Harapan yang tidak realistis ditangani dengan kepekaan. Teknik relaksasi, kesadaran bernapas, dan dialog didorong untuk membantu menghilangkan rasa takut.

**a. Advokasi dan pemberdayaan:**

- Kelahiran dan persalinan dipandang sebagai kemitraan dalam model perawatan sosial, budaya, dan biofisik. Bidan bertindak sebagai perantara bagi wanita ketika dia mungkin merasa diremehkan oleh lingkungan rumah sakit dan mengalami kehilangan identitas pribadi,

atau kehilangan ketegasan untuk mengekspresikan kebutuhan dan kecemasannya.

- Pemberdayaan didorong dengan membantu perempuan dalam pengambilan keputusan yang mencerminkan kebutuhan dan rencana perawatan mereka.
- Memfasilitasi pilihan dan kontrol bagi perempuan
- Rasa hormat ditunjukkan pada kemampuan perempuan untuk mengungkapkan keinginan mereka dan persyaratan secara bebas.

**b. Lingkungan:**

- diketahui memiliki dampak besar pada pelepasan endorfin, yang akan meningkatkan proses fisiologis persalinan.
- Perempuan didorong untuk mengambil posisi tegak/alternatif dan kebebasan bergerak.
- Alat peraga yang sesuai disediakan: bola bersalin, beanbag, kursi malas, bangku, musik, dll.
- Cahaya redup dan tingkat kebisingan rendah.
- Penciptaan lingkungan rumah-dari-rumah dalam lingkungan rumah sakit—peralatan medis dilepas atau disembunyikan, perabotan yang nyaman disediakan, dll.
- Terapi komplementer digunakan, misalnya pijat, aromaterapi.
- Privasi disediakan.
- Pengasuh utama hanya terlibat dalam perawatan dukungan terus menerus dari bidan telah terbukti berhubungan dengan berkurangnya penggunaan analgesia farmakologis dan epidural. Kehadiran penolong persalinan (pasangan, teman, saudara perempuan, ibu) terbukti menghasilkan persalinan yang lebih singkat dan intervensi yang lebih sedikit.

**c. Perawatan individual:**

- kemampuan untuk mengakomodasi dan menghargai kebutuhan, harapan, dan pandangan pribadi wanita; untuk mencapai pengalaman yang bermakna sehubungan dengan latar belakang sosial dan budayanya, dan atribut emosional, mental, dan fisiknya; memberikan kesempatan untuk mendiskusikan persalinan wanita itu setelahnya, untuk menjernihkan segala kekhawatiran atau kebingungan (Medforth et al. 2017).

## DAFTAR PUSTAKA

- Bohren, Meghan A et al. 2017. "Continuous Support for Women during Childbirth." *Cochrane Library* 52(8): 1146–51.
- Christiaens, Wendy, and Piet Bracke. 2007. "Assessment of Social Psychological Determinants of Satisfaction with Childbirth in a Cross-National Perspective." *BMC Pregnancy and Childbirth* 7: 1–12.
- Davison, Clare et al. 2015. "The Relationship Is Everything: Women's Reasons for Choosing a Privately Practising Midwife in Western Australia." *Midwifery* 31(8): 772–78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.012>.
- Downe, Soo et al. 2018. "What Matters to Women during Childbirth: A Systematic Qualitative Review." *PLoS ONE* 13(4): 1–17.
- Ferguson, Sally, Deborah Davis, and Jenny Browne. 2013. "Does Antenatal Education Affect Labour and Birth? A Structured Review of the Literature." *Women and Birth* 26(1): e5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2012.09.003>.
- Gucht, Nathalie Van Der, and Kiara Lewis. 2015. "Women's Experiences of Coping with Pain during Childbirth: A Critical Review of Qualitative Research." *Midwifery* 31(3): 349–58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.005>.
- Haines, Helen M., Janet Baker, and Diana Marshall. 2015. "Continuity of Midwifery Care for Rural Women through Caseload Group Practice: Delivering for Almost 20 Years." *Australian Journal of Rural Health* 23(6): 339–45.
- Hauck, Yvonne, Jennifer Fenwick, Jill Downie, and Janice Butt. 2007. "The Influence of Childbirth Expectations on Western Australian Women's Perceptions of Their Birth Experience." *Midwifery* 23(3): 235–47.
- Hildingsson, Ingegerd et al. 2014. "Childbirth Fear in Expectant Fathers: Findings from a Regional Swedish Cohort Study." *Midwifery* 30(2): 242–47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.001>.
- Hildingsson, Ingegerd, Annika Karlström, Christine Rubertsson, and Birgitta Larsson. 2021. "Quality of Intrapartum Care Assessed by Women Participating in a Midwifery Model of Continuity of Care." *European Journal of Midwifery* 5(4): 1–10.

- Hodnett, D. Ellen et al. 2011. "Continuous Support for Women during Childbirth." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): 1–110.
- Isbir, Gözde Gökçe, and Pinar Serçekuş. 2017. "The Effects of Intrapartum Supportive Care on Fear of Delivery and Labor Outcomes: A Single-Blind Randomized Controlled Trial." *Journal of Nursing Research* 25(2): 112–19.
- King, Tekoa L, Mary C Brucker, Kathryn Osborne, and Cecilia M Jevitt. 2019. *Varney's Midwifery*. 6th ed. Jones & Bartlett Learning.
- Lewis, Marie, Aled Jones, and Billie Hunter. 2017. "Women's Experience of Trust Within the Midwife–Mother Relationship." *International Journal of Childbirth* 7(1): 40–52.
- Lunda, Petronellah, Catharina Susanna Minnie, and Petronella Benadé. 2018. "Women's Experiences of Continuous Support during Childbirth: A Meta-Synthesis." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–11.
- Medforth, Janet et al. 2017. 58 *Journal of Advanced Nursing Oxford Handbook of Midwifery*. 3rd ed. eds. Janet Medforth et al. United Kingdom: Oxford University Press.
- Perriman, Noelyn, Deborah Lee Davis, and Sally Ferguson. 2018. "What Women Value in the Midwifery Continuity of Care Model: A Systematic Review with Meta-Synthesis." *Midwifery* 62: 220–29. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>.
- Sandall, Jane et al. 2016. "Midwife-Led Continuity Models versus Other Models of Care for Childbearing Women." *Cochrane Library* 19(3): 34–35.
- Thomson, Gill et al. 2019. "Women's Experiences of Pharmacological and Non-Pharmacological Pain Relief Methods for Labour and Childbirth: A Qualitative Systematic Review." *Reproductive Health* 16(1).
- World Health Organization. 2018. *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
- Yulizawati, Aldina Ayunda Insani, Lusiana El Sinta, and Feni Andriani. 2019. Indomedika Pustaka *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Siodarjo: Indomedika Pustaka.

## BIOGRAFI PENULIS



**Suprida, SKM., M.Kes**, lahir di Palembang, ibu dari 3 orang putra yang tampan, namun kedua putra kesayangan telah berada di taman indah yang dijanjikan Allah untuknya, didampingi seorang suami yg penuh tanggung jawab dan penuh kasih sayang saya membesarkan buah hati dengan penuh kecintaan. Mengenal dunia kesehatan di Akademi Perawat Depkes Palembang, untuk terus berkiprah ke kebidanan saya melanjutkan pendidikan di Program pendidikan Bidan (B). Sebagai seorang dosen yang terus belajar saya menyelesaikan studi di kesehatan masyarakat dan Biomedik (fisiologi ) UNSRI Palembang. Beberapa artikel berkolaborasi dengan teman sejawat telah kami publikasi agar dapat menjadi referensi para pengguna diantaranya yang berjudul “Metode Masase dan interaksi bayi pada ibu postpartum terhadap intensitas nyeri”. Motto yang selalu saya pegang dalam menjalani kehidupan adalah “ Katakan yang sebenarnya meskipun itu pahit”





## BAB IV CHILD SURVIVAL

*Dahliaana, SKM., M.Kes*  
Poltekkes Kemenkes Palembang

### **Konsep Teori *Child Survival***

#### **Latar Belakang**

Tujuan Pembangunan kemajuan menuju Milenium PBB, termasuk yang terkait Dengan kematian ibu dan anak, berada di luar jalur, terutama di sub-Sahara Afrika. Tujuan Pembangunan Milenium pada kematian anak bertujuan untuk pengurangan dua pertiga dari tahun 1990 sampai 2015, tetapi pada kemajuan saat ini, ini mungkin tidak tercapai 2165 di Afrika sub-Sahara. Diperkirakan bahwa lebih dari 60% kematian pada anak di bawah usia 5 tahun (saat ini >10 juta per tahun) dapat dicegah dengan berbagai intervensi yang ada (Jones et al., 2003).

Analisis terbaru menunjukkan bahwa 41-72% kematian bayi baru lahir dapat dicegah dengan intervensi yang tersedia, jika diberikan pada cakupan tinggi, dan sekitar setengah dari pengurangan ini dimungkinkan dengan intervensi berbasis masyarakat Namun, sistem kesehatan di banyak

negara juga lemah dan terfragmentasi untuk memungkinkan peningkatan penting intervensi untuk kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak. Salah satu tantangan utama adalah kebutuhan untuk mengembangkan dan memperkuat sumber daya manusia untuk memberikan intervensi penting (Chen et al., 2004) Faktor-faktor ini, bersama dengan tingginya biaya pelatihan dokter dan perawat dan rendahnya penggunaan layanan berbasis di fasilitas kesehatan di banyak daerah, telah menghidupkan kembali minat kemungkinan keuntungan kesehatan yang substansial dari penggunaan petugas kesehatan masyarakat dan petugas kesehatan tingkat menengah seperti asisten klinis. Beberapa Negara-negara Asia Selatan dan Afrika saat ini sedang berinvestasi dalam kader-kader baru. Petugas kesehatan masyarakat sebagai bagian utama dari strategi untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium, di beberapa kasus dengan alasan bahwa mereka lebih memilih menjangkau orang miskin yang cenderung menggunakan fasilitas kesehatan. Sebagai contoh, Ethiopia sedang melatih 30.000 penyuluh (perempuan) kesehatan berbasis masyarakat untuk fokus pada ibu, bayi baru lahir, dan kesehatan anak, malaria, dan HIV. India, Kenya, Uganda, Ghana, dan Afrika Selatan juga mempertimbangkan pekerja program nasional untuk kesehatan masyarakat.

Oleh karena itu, sekarang saatnya untuk menilai bukti bahwa petugas kesehatan tersebut dapat melakukan tugas-tugas yang diperlukan dan berfungsi sebagai bagian dari tenaga kerja yang berkelanjutan. Pada 1970-an dan 1980-an, landasan perawatan kesehatan primer petugas kesehatan masyarakat seperti yang dibayangkan oleh Deklarasi Alma Ata. Namun pada awal 1990-an, antusiasme terhadap petugas kesehatan masyarakat telah berkurang untuk beberapa alasan, termasuk tantangan scaling-up program secara berkelanjutan dengan tetap menjaga efektivitas, dan keberhasilan yang dirasakan dari beberapa program vertikal (Haines et al., 2007) including case management of childhood illnesses (eg, pneumonia, malaria, and neonatal sepsis).

*World Health Organization* (WHO) telah mengidentifikasi jarak kelahiran (periode antara dua kelahiran hidup secara berturut-turut) sebagai salah satu penentu besarnya risiko kematian anak. WHO merekomendasikan agar wanita mengatur jarak kelahiran mereka antara 3 sampai 5 tahun untuk mengurangi risiko kesehatan pada anak dan ibu (World Health Organisation, 2005) at the above address (fax: +41 22 791

4806; email: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int). Rekomendasi ini didasarkan pada penelitian bahwa jarak yang lebih dekat dari 36 nulan dan lebih lama dari 60 bulan dengan peningkatan risiko kematian bayi dan hal buruk lainnya (Conde-Agudelo et al., 2012). Hubungan anatara jarak kelahiran yang dekat, terkhusus dan kematian sangatlah konsisten, hal ini dibuktikan berulang kali dalam berbagai konteks kajian perkembangan dalam melewati ruang dan waktu (Hanley et al., 2017).

Meskipun banyak literatur mendukung kesimpulan lama ini, tetapi pada bukti terbaru dari hasil studi perinatal lainnya telah mempertanyakan pentingnya jarak kelahiran untuk kesehatan bayi. Identifikasi apakah fakta tentang jarak kelahiran menjadi penentu yang penting dari hasil yang dibutuhkan didapat 2 kekurangan dalam literatur yaitu kegagalan untuk mengatai bias estimasi potensial dari variabel perancu, dan kelangkaan perbandingan internasional. Banyak literatur sebelumnya tentang hubungan interval kelahiran dan kematian bayi belum diatasi dengan cukup masalah perancu residual oleh karakteristik yang tidak dapat diamati. Endogenitas selalu menjadi perhatian ketika mempelajari efek perilaku pada anak-anak.

Anak-anak, bayi baru lahir, dan ibu memiliki peluang lebih besar untuk bertahan hidup hari ini daripada dua dekade lalu. Namun, penyakit seperti pneumonia, malaria, dan diare – bersama dengan komplikasi terkait kehamilan dan kelahiran – merenggut nyawa jutaan anak dan ibu setiap tahun.

Pada tahun 2019 saja, 6,1 juta anak di bawah usia 15 tahun meninggal – termasuk 5,2 juta anak di bawah usia 5 tahun. Hampir setengah dari anak-anak ini meninggal pada bulan pertama kehidupan. Terlebih lagi, diperkirakan 810 wanita meninggal setiap hari karena penyebab yang berhubungan dengan kehamilan atau persalinan.

Sebagian besar kematian ini dapat dihindari. Di banyak bagian dunia, sistem kesehatan yang kekurangan dana berjuang untuk menyediakan layanan penting yang berkualitas dan adil untuk menyelamatkan nyawa anak-anak dan ibu.

Jika tren saat ini bertahan, 48 juta anak di bawah usia 5 tahun akan meninggal antara 2018 dan 2030 – setengahnya adalah bayi baru lahir. Meningkatkan peluang kelangsungan hidup bayi, anak-anak dan ibu mereka tetap menjadi tantangan global yang mendesak.

Kemajuan dalam mengurangi kematian anak di seluruh dunia sangat luar biasa. Angka kematian balita telah menurun hampir 60 persen sejak tahun 1990, dan sebagai hasilnya jutaan lebih banyak anak bertahan hidup hingga masa remaja hari ini daripada yang mereka lakukan tiga dekade lalu. Namun, dampak dari pandemi COVID-19 yang sedang berlangsung mengancam peningkatan kelangsungan hidup anak dan remaja selama bertahun-tahun melalui gangguan layanan kesehatan esensial. Bahkan sebelum virus corona menarik perhatian dunia, jelas bahwa jika target kelangsungan hidup harus dipenuhi, sumber daya dan kebijakan perlu diarahkan untuk mempercepat kemajuan dan bukan hanya mempertahankannya.

Sementara tingkat kematian di berbagai kelompok umur terus menurun, jumlah kematian anak dan remaja tetap tidak masuk akal – 7,4 juta anak-anak dan remaja di bawah usia 25 tahun meninggal pada 2019 saja sebagian besar karena penyebab yang dapat diobati seperti penyakit menular. Lebih dari 5 juta anak meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun, dan hampir setengah dari kematian tersebut terjadi pada bayi yang baru lahir (lahir sampai usia 28 hari).

Tingkat dan Tren Kematian Anak Terbaru: Laporan 2020 dari UNICEF dan mitra dalam Kelompok Antar-Badan PBB untuk Estimasi Kematian Anak (UN IGME), menunjukkan cakupan penuh angka kematian anak di seluruh dunia – dari bayi baru lahir hingga remaja, termasuk untuk pertama kali tahun ini, perkiraan untuk pemuda berusia 15–24 tahun – serta kemajuan yang dicapai dalam memenuhi target SDG pada tahun 2030.

Laporan tersebut menemukan bahwa sementara kemajuan terus berlanjut setiap tahun, sangat penting bagi kita untuk mempercepat upaya kita dalam mencegah kematian anak. Tren saat ini memperkirakan bahwa hampir 23 juta anak berusia 5 hingga 24 tahun dan 48 juta anak di bawah 5 tahun akan meninggal antara tahun 2020 dan 2030. Hampir setengah dari kematian balita ini adalah bayi baru lahir. Kemajuan juga tidak merata, dan anak-anak terus menghadapi perbedaan besar dalam peluang mereka untuk bertahan hidup. Di sub-Sahara Afrika, misalnya, 1 dari 13 anak meninggal sebelum mencapai ulang tahun kelima mereka pada tahun 2019 – angka yang 20 kali lebih tinggi dari angka 1 dari 264 di wilayah Australia dan Selandia Baru dan 20 tahun di belakang dunia rata-rata, yang mencapai tingkat 1 dari 13 pada tahun 1999 (UNICEF, 2021a).

Kematian ini khususnya kesenjangan regional dan sosial-ekonomi mencerminkan pengaruh yang lebih luas dari pembangunan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan terhadap kesehatan anak-anak. Layanan kesehatan dasar seperti vaksinasi, perawatan medis, nutrisi yang cukup dan air bersih dan sanitasi menjadi masalah hidup dan mati ketika anak-anak dan remaja tidak memiliki akses terhadapnya. Mengurangi ketidaksetaraan dan memperkuat sistem perawatan kesehatan, terutama dalam menghadapi COVID-19, sangat penting untuk mengakhiri kematian anak yang dapat dicegah ini dan untuk memastikan tidak ada anak yang tertinggal (UNICEF, 2021a).

## **Pengertian *Child Survival***

*Child Survival* artinya kelangsungan hidup anak. Hal ini dicerminkan oleh angka kematian bayi, yang merupakan salah satu indikator penentu kebijakan dalam suatu negara, termasuk Indonesia.

## **Sejarah *Child Survival***

Kesehatan, kesejahteraan dan perlindungan, anak-anak salah satu fokus Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sejak terbentuknya Organisasi ini tahun 1945. Dana Darurat Anak Internasional (ICEF) dibentuk Administrasi Rehabilitasi Bantuan PBB untuk membantu anak-anak yang terkena dampak. Pada tanggal 11 Desember 1946, resolusi Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) mewujudkan Dana Anak-anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNICEF).

Pada tahun 1953, UNICEF menjadi badan permanen Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dan telah menjadi focal point untuk anak-anak dalam sistem PBB sejak saat itu. Pada tahun 1959, Majelis Umum PBB mengadopsi Deklarasi Hak Anak, yang mendefinisikan hak anak atas perlindungan, pendidikan, perawatan kesehatan, tempat tinggal, dan gizi yang baik

Pada Tahun 1979 Perserikatan Bangsa-Bangsa mendeklarasikan sebagai Tahun Anak Internasional untuk meningkatkan kesadaran akan kondisi yang dihadapi anak-anak di dunia dan untuk memacu tindakan terhadap hak-hak anak. Pada tahun 1989, Majelis Umum mengadopsi Konvensi Hak Anak, dan mulai berlaku pada tanggal 2 September 1990.

Pada tanggal 29-30 september tahun 1990 merupakan tahun bersejarah dalam kehidupan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) komitmennya terhadap kesejahteraan anak-anak. Konferensi PBB pertama tentang anak-anak, KTT Dunia untuk Anak-anak, berlangsung di New York. KTT tersebut, yang diselenggarakan oleh UNICEF, mempertemukan sejumlah kepala negara yang belum pernah terjadi sebelumnya untuk mendukung perjuangan anak dan mengadopsi Deklarasi tentang Kelangsungan Hidup, Perlindungan dan Perkembangan Anak.

KTT dunia untuk anak-anak adalah acara penting bagi perserikatan bangsa-bangsa, dana anak-anak perserikatan bangsa-bangsa (UNICEF), dan yang terpenting, untuk anak-anak dunia. Ini adalah pertama kalinya dalam sejarah ketika pertemuan tingkat KTT diadakan secara eksklusif untuk membahas masalah anak-anak. Tindakan khusus untuk kelangsungan hidup, perlindungan dan perkembangan anak disarankan oleh deklarasi dunia dan rencana aksi, di bidang:

- Kesehatan anak
- Makanan dan nutrisi
- Peran perempuan, kesehatan ibu dan keluarga berencana
- Peran keluarga
- Pendidikan dasar dan literasi
- Anak-anak dalam keadaan yang sangat sulit
- Perlindungan anak selama konflik bersenjata
- Anak-anak dan lingkungan
- Pengentasan kemiskinan dan revitalisasi pertumbuhan ekonomi.

Selain itu, rencana tindakan menetapkan tujuan khusus untuk dekade setelah KTT (1990-an). tujuan telah dirumuskan sebelum KTT dimulai, melalui konsultasi dengan para gubernur, badan-badan PBB, termasuk WHO, UNICEF, UNFPA, UNESCO, UNDP DAN IBRD, dan banyak LSM.

Sasaran yang ditetapkan adalah dalam bidang kelangsungan hidup, perkembangan dan perlindungan anak, mendukung sasaran sektoral seperti kesehatan dan pendidikan perempuan, gizi, kesehatan anak, air dan sanitasi, pendidikan dasar, dan anak-anak dalam keadaan sulit.

Tujuannya adalah untuk memberikan perlindungan yang lebih baik untuk anak-anak dalam keadaan yang sangat sulit dan mengatasi akar penyebab yang mengarah ke situasi seperti itu.

Lima tahun kemudian, pada Konferensi Dunia Keempat tentang Perempuan, yang diadakan di Beijing, Cina, para pemimpin dunia memperbarui komitmen mereka terhadap hak-hak perempuan dan anak perempuan.

Enam tahun setelah KTT, pada tahun 1996, sekretaris jenderal Boutros Boutros-Ghali mengatakan kepada sidang umum bahwa kemajuan besar dan luas telah dibuat untuk meningkatkan kesehatan, gizi, pendidikan dan perlindungan anak-anak dunia, tujuan utama yang ditetapkan pada tahun 1990 KTT dunia untuk anak-anak. Ketika Majelis Umum memulai tinjauan tengah dekade atas pelaksanaan KTT, sekretaris jenderal mengatakan pencapaian enam tahun sejak KTT itu telah menunjukkan semakin pentingnya anak-anak dalam agenda internasional.

Pada sesi ke-54, Majelis mengadopsi dua protokol opsional untuk Konvensi Hak Anak: satu tentang penjualan anak, pelacuran anak dan pornografi anak, dan satu tentang keterlibatan anak dalam konflik bersenjata. Protokol pertama mulai berlaku pada 18 Januari 2002 dan yang kedua pada 12 Februari 2002.

Pada tahun 2002, sesi khusus Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa yang pertama didedikasikan secara eksklusif untuk anak-anak - meninjau kemajuan dalam tujuan yang ditetapkan oleh KTT Dunia untuk Anak-anak tahun 1990.

Selain pekerjaan UNICEF, dan konvensi hukum yang menetapkan hak-hak untuk anak, banyak dana, program, dan lembaga sistem PBB, sebagai beberapa elemen pekerjaan mereka, memiliki kesejahteraan anak-anak. Dari fokus pada pendidikan United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), hingga upaya Organisasi Buruh Internasional (ILO) untuk menghapus pekerja anak, hingga Program Anak dan Pemuda dari Badan Bantuan dan Pekerjaan PBB untuk Palestina. Pengungsi di Timur Dekat (UNRWA), hingga pekerjaan gizi untuk ibu dan anak kecil yang disediakan oleh Program Pangan Dunia (WFP), hingga kampanye pemberantasan penyakit oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sistem PBB ada untuk anak-anak.

Sejak 1999, Dewan Keamanan PBB telah menjadikan situasi anak-anak yang terkena dampak konflik bersenjata sebagai isu yang mempengaruhi perdamaian dan keamanan. Dewan Keamanan PBB telah mengambil resolusi untuk meminta PBB untuk:

- untuk mengumpulkan dan memverifikasi informasi yang merinci di mana dan bagaimana anak-anak terkena dampak konflik bersenjata;
- untuk menggunakan informasi ini dalam laporan tahunan Sekretaris Jenderal tentang anak-anak dan konflik bersenjata yang disampaikan kepada Dewan Keamanan;
- untuk menyebutkan pihak-pihak yang berkonflik yang melakukan pelanggaran yang memicu pencatatan;
- untuk terlibat dalam dialog dengan Pemerintah yang terdaftar dan kelompok bersenjata untuk mengembangkan Rencana Aksi untuk menghentikan dan mencegah pelanggaran terhadap anak.

Perwakilan Khusus Sekretaris Jenderal untuk Anak-anak dan Konflik Bersenjata berfungsi sebagai penasihat PBB terkemuka untuk perlindungan dan kesejahteraan anak-anak yang terkena dampak konflik bersenjata. Mandat Perwakilan Khusus dibuat oleh Resolusi Sidang Umum A / RES / 51/77, menyusul publikasi laporan Graça Machel pada tahun 1996 yang berjudul “Dampak Konflik Bersenjata pada Anak”. Lapornya menyoroti dampak perang yang tidak proporsional terhadap anak-anak dan mengidentifikasi mereka sebagai korban utama konflik bersenjata.

Rencana aksi adalah komitmen tertulis yang ditandatangani antara Perserikatan Bangsa-Bangsa dan pihak-pihak yang berkonflik yang tercantum dalam laporan tahunan Sekretaris Jenderal tentang anak-anak dan konflik bersenjata.

Setiap rencana aksi menguraikan langkah konkret dan terikat waktu untuk mengakhiri pelanggaran terhadap anak, membebaskan dan menyatukan kembali anak-anak dengan keluarga mereka, tetapi juga untuk menerapkan undang-undang, alat dan mekanisme untuk mencegah pelanggaran di masa depan dan untuk meminta pertanggungjawaban para pelaku.

Perlindungan anak juga merupakan inti dari Penjaga Perdamaian PBB. Konflik mempengaruhi anak-anak secara tidak proporsional. Banyak yang menjadi sasaran penculikan, perekrutan militer, pembunuhan, pelecehan, dan berbagai bentuk eksploitasi. Di banyak negara yang dilanda konflik, misi penjaga perdamaian adalah aktor terbesar di lapangan dan rekan mereka. Pada tanggal 29-30 September Tahun 1990, di New York bertempat Markas Besar Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) di adakan pertemuan terbesar para pemimpin dunia untuk mengikuti KTT Dunia untuk Anak-anak.

Kegiatan ini dipimpin oleh 71 kepala negara dan pemerintahan serta 88 pejabat senior lainnya, sebagian besar di tingkat menteri, KTT Dunia ini mendeklarasi tentang Kelangsungan Hidup, Perlindungan dan Perkembangan Anak dan Rencana Aksi.

KTT Dunia untuk Anak-anak ini merupakan acara penting bagi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), Dana Anak-anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNICEF), dan yang terpenting, untuk anak-anak di dunia. Ini adalah Pertama kalinya dalam sejarah ketika pertemuan tingkat KTT diadakan secara eksklusif untuk membahas masalah anak-anak.

Tindakan khusus untuk kelangsungan hidup, perlindungan dan perkembangan anak disarankan oleh Deklarasi Dunia dan Rencana Aksi, di bidang:

- Kesehatan anak
- Makanan dan nutrisi
- Peran perempuan, kesehatan ibu dan keluarga berencana
- Peran keluarga
- Pendidikan dasar dan literasi
- Anak-anak dalam keadaan yang sangat sulit
- Perlindungan anak selama konflik bersenjata
- Anak-anak dan lingkungan
- Pengentasan kemiskinan dan revitalisasi pertumbuhan ekonomi.

Selain itu, Rencana Tindakan menetapkan tujuan khusus untuk dekade setelah KTT (1990-an). Tujuan telah dirumuskan sebelum KTT dimulai, melalui konsultasi dengan para Gubernur, badan-badan PBB, termasuk WHO, UNICEF, UNFPA, UNESCO, UNDP dan IBRD, dan banyak LSM.

Sasaran yang ditetapkan adalah dalam bidang kelangsungan hidup, perkembangan dan perlindungan anak, mendukung sasaran sektoral seperti kesehatan dan pendidikan perempuan, gizi, kesehatan anak, air dan sanitasi, pendidikan dasar, dan anak-anak dalam keadaan sulit. Tujuannya adalah untuk memberikan perlindungan yang lebih baik untuk anak-anak dalam keadaan yang sangat sulit dan mengatasi akar penyebab yang mengarah ke situasi seperti itu .

Enam tahun setelah KTT, pada tahun 1996, Sekretaris Jenderal Boutros Boutros-Ghali mengatakan kepada Sidang Umum bahwa kemajuan besar dan luas telah dibuat untuk meningkatkan kesehatan, gizi, pendidikan

dan perlindungan anak-anak dunia, tujuan utama yang ditetapkan pada tahun 1990 KTT Dunia untuk Anak-anak. Ketika Majelis Umum memulai tinjauan pertengahan dekade atas pelaksanaan KTT, Sekretaris Jenderal mengatakan pencapaian enam tahun sejak KTT itu telah menunjukkan semakin pentingnya anak-anak dalam agenda internasional.

Kemajuan terbesar adalah pengendalian penyakit yang dapat dicegah. Tingkat imunisasi telah meningkat empat kali lipat dalam satu dekade, mencapai hampir 80 persen untuk anak-anak sebelum ulang tahun pertama mereka. Polio telah dibasmi dari sebagian besar dunia, dengan harapan dapat dihilangkan pada tahun 2000; kemajuan telah dibuat untuk menghilangkan tetanus neonatal; dan cacing guinea berada di ambang eliminasi.

Ada peningkatan dramatis dalam penanganan diare di rumah dan beberapa 1.5 miliar lebih orang saat ini mengonsumsi garam beryodium sebagai pencegahan terhadap keterbelakangan mental pada anak-anak. Suplemen vitamin digunakan secara luas untuk mencegah kebutaan dan ribuan rumah sakit di seluruh dunia mempromosikan pemberian ASI. Selain itu, akses ke air bersih telah meningkat pesat dan lebih dari 80 persen dari semua anak usia sekolah dasar sekarang mendaftar.

## **Peran Faktor Sosial Ekonomi dalam Kelangsungan Anak**

Dalam beberapa studi dan teori kesehatan digambarkan sebagai produksi, hal ini ditunjukkan pada hubungan yang struktural pada outcomes dengan variabel perilaku rumah tangga misalnya, pemberian nutrisi, ASI, mengatur kehamilan. Dalam hal ini, ada hubungan antara faktor sosial ekonomi dengan kehidupan anak. Hal ini dijelaskan oleh teori Mosley dan Chen.

### **1. Teori Mosley dan Chen**

Pada teori ini ada variabel-variabel yang memiliki pengaruh dengan keberlangsungan hidup anak yaitu : variabel dianggap eksogenous atau sosial ekonomi dan variabel dianggap endogenous dan biomedical seperti dalam pemberian nutrisi dan ASI.

Dari hal ini, ada hubungan antara karakteristik sosial dan ekonomi dengan mortalitas anak yang sangat kuat, hal ini masih dianggap black box tentang bagaimana pengaruh dari dua variabel ini. Berdasarkan faktor

medis hal yang menjadi penyebab kematian anak dimasukkan dalam faktor medis dan lebih difokuskan pada hal proses biologi dari terjadinya penyakit yang menyebabkan kematian pada anak seperti infeksi, diare dan kurang gizi.

Dilihat dari sisi tradisional, penelitian tentang kematian anak lebih megarah pada hubungan status sosial ekonomi dari masyarakat dengan angka kematian penduduk. Hal ini dapat disimpulkan penyebab dan akibat yang ditimbulkan oleh faktor mortalitas, sebagai contoh pendidikan dan pendapatan ibu merupakan faktor yang bisa dihubungkan dengan faktor mortalitas anak pada negara berkembang.

Sedangkan berdasarkan penelitian medis akan dipusatkan pada proses biologi tentang penyebab terjadinya suatu penyakit dan tidak langsung terfokus pada angka kematian tersebut.

## **Kemitraan Masyarakat di Pelayanan Kesehatan Dasar Bagi Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak-Anak**

### **1. Peran dan Pentingnya Kemitraan Masyarakat**

Ketika bayi dan anak-anak menjadi sakit, itu adalah keluarga mereka, terutama orang tua dan pengasuh utama lainnya, yang membentuk lini perawatan pertama. Anggota rumah tangga, khususnya ibu, lakukan yang utama diagnosis penyakit, menilai tingkat keparahannya dan kemungkinan hasil, pilih pengobatan dan pilihan perawatan termasuk perawatan di rumah dan pengadaan dan memberikan obat-obatan dan pengobatan lainnya. Keluarga dan pengasuh membuat keputusan untuk mencari perawatan kesehatan formal untuk ibu hamil atau anak-anak yang jatuh sakit, dan mereka memutuskan apakah akan mengadopsi pemberian makan yang beragam dan praktik kebersihan.

Memberdayakan masyarakat dan rumah tangga untuk berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan dan gizi ibu, bayi baru lahir dan anak-anak adalah cara yang logis untuk meningkatkan penyediaan perawatan, terutama di negara dan masyarakat dimana pelayanan kesehatan dasar dasar dan jasa lingkungan kurang. Pentingnya partisipasi masyarakat dalam perawatan kesehatan dan gizi untuk individu dan keluarga adalah didirikan hampir tiga dekade lalu, bersama dengan gerakan yang menyebabkan konsep pelayanan kesehatan primer yang komprehensif yang diwujudkan dalam Deklarasi

Alma-Ata pada tahun 1978. Sudah lama jelas bahwa tanpa partisipasi masyarakat, tujuan “pelayanan kesehatan untuk semua” akan tetap sangat dibatasi, khususnya di daerah yang paling terpinggirkan dan daerah miskin (World Health Organization, 1998). Manfaat komunitas yang diketahui kemitraan merupakan bagian dari pengalaman belajar yang diperlukan untuk meningkatkan perawatan kesehatan dalam jangka panjang. Partisipasi masyarakat dilihat sebagai mekanisme untuk mengurangi dan akhirnya menghilangkan keterputusan mendalam antara pengetahuan, kebijakan dan tindakan yang menghambat upaya untuk mengatasi penawaran dan permintaan sisi perawatan (Darmstadt et al., 2005).

Pentingnya partisipasi dalam perawatan kesehatan, praktik kebersihan, nutrisi, dan layanan air dan sanitasi melampaui manfaat langsung untuk anggota masyarakat saat mereka terlibat dalam kegiatan yang dapat berdampak positif pada kesehatan mereka. Itu membentuk hati dari kemajuan pendekatan berbasis hak untuk manusia. Partisipasi sangat penting untuk memungkinkan orang untuk mencapai kemampuan penuh mereka, menggunakan haknya untuk terlibat dalam publik dan komunitas urusan, dan mendorong kesetaraan, kesetaraan dan pemberdayaan – karakteristik yang fundamental bagi pembangunan manusia yang berkelanjutan dan tujuan dari compacts seperti Universal, Deklarasi Hak Asasi Manusia, Konvensi Hak Anak, Konvensi penghapusan segala bentuk diskriminasi, Deklarasi melawan Perempuan dan Milenium, di antara banyak lainnya.

## **2. Banyaknya Komunitas Kemitraan**

Tidak ada definisi universal tentang komunitas dalam literatur tentang publik kesehatan, dan dapat didefinisikan secara luas atau sempit, tergantung pada keadaan. Secara intuitif dan dalam praktik, Namun, ‘komunitas’ sering merujuk kepada sekelompok orang yang tinggal di wilayah geografis tertentu yang memiliki kepentingan bersama, warisan dan bersama aktif. Mereka mungkin juga mengalami perampasan serupa atas hak-hak mereka untuk perawatan kesehatan yang berkualitas, nutrisi yang memadai, dan air bersih dan sanitasi (Phillips et al., 2006).

Berdasarkan definisi yang luas dari komunitas, kemitraan komunitas adalah pendekatan dan strategi yang berusaha untuk secara aktif melibatkan

anggota masyarakat dalam perawatan kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri, bersama dengan orang-orang dari anak-anak mereka dan tanggungan lainnya. Kemitraan masyarakat di bidang ibu, kesehatan bayi baru lahir dan anak kaya akan perbedaan. Beberapa berskala kecil, hanya melibatkan beberapa ribu atau bahkan beberapa ratus orang; inisiatif lain, seperti jaringan pekerja sebagai kesehatan masyarakat Brasil atau Program *Lady Health* pekerja di Pakistan, mencakup ribuan pekerja, mencakup jutaan anak dan wanita. Beberapa program menekankan elemen sisi penawaran, seperti layanan penyediaan melalui pekerja kesehatan masyarakat, sementara yang lain lebih fokus pada inisiatif sisi permintaan untuk memobilisasi tuntutan sosial untuk akuntabilitas dan hasil dari pemerintah. Beberapa inisiatif petugas kesehatan masyarakat mengandalkan pada partisipasi sukarela, sementara yang lain termasuk pembayaran dalam bentuk barang, sebagian atau secara tunai. Beberapa program berbasis komunitas didukung secara nasional dan diintegrasikan ke dalam kebijakan sektoral dan sistem kesehatan yang lebih luas, sementara yang lain belum sepenuhnya atau sebagian tergabung.

Banyaknya program dan pendekatan partisipasi masyarakat dalam perawatan kesehatan mencerminkan, setidaknya sebagian, keragaman masyarakat. Setiap seseorang memiliki karakteristik sosialnya sendiri, struktur organisasi dan hubungannya dengan kelompok lain. Agar efektif, program dan pendekatan diarahkan terhadap masyarakat karena itu harus beradaptasi dengan kebutuhan dan konteks lokal dan dimiliki oleh masyarakat.

Adaptasi strategi untuk pengaturan individu adalah proses yang kompleks karena komunitas, seperti negara dan daerah, seringkali entitas heterogen. Tidak hanya ada yang ditandai perbedaan antar komunitas di negara atau distrik tertentu, di sana kemungkinan ada disparitas di dalam mereka juga. Anggota komunitas dapat berbagi warisan bersama dan kepentingan dan mengalami perampasan, diskriminasi, dan ketidakberdayaan yang serupa, tetapi anggotanya berbeda akan memiliki kebutuhan khusus, kekhawatiran dan harapan peduli tentang kesehatan. Komunitas cenderung terdiri dari individu-individu yang kuat dengan potensi untuk membantu atau menghalangi program kesehatan, tergantung pada sudut pandang atau kepentingan mereka.

Terlepas dari variasi ini, bukti dan observasi memungkinkan untuk identifikasi faktor umum dalam pendekatan berbasis masyarakat untuk perawatan kesehatan dan nutrisi. Tujuan menyeluruh adalah bahwa program berbasis masyarakat meningkatkan potensi penduduk daerah untuk mengakses pelayanan kesehatan dan intervensi. Selain itu, mereka dianggap memiliki potensi untuk mempercepat kemajuan dalam perubahan perilaku, praktik perawatan dan pencarian perawatan, dan untuk memberdayakan masyarakat dan rumah tangga untuk menuntut kualitas layanan.

### **3. Dukungan dan Insentif untuk Petugas Kesehatan Masyarakat**

Tenaga kesehatan masyarakat ditetapkan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari program berbasis masyarakat, berfungsi sebagai jembatan antara tenaga kesehatan profesional dan masyarakat, dan membantu masyarakat mengidentifikasi dan mengatasi kebutuhan kesehatan mereka sendiri. Petugas kesehatan masyarakat umumnya merupakan agen utama pengobatan, pendidikan dan konseling, biasanya melalui kunjungan rumah tangga. Mereka juga menghadiri acara lokal fasilitas kesehatan, memperoleh dan mengeluarkan persediaan obat-obatan dan kebutuhan produk pokok lainnya, berpartisipasi dalam rapat komunitas dan memenuhi tanggung jawabnya dalam pengelolaan program. Tugas lain sering kali termasuk menghadiri Musyawarah Daerah dan Musyawarah Daerah untuk pelatihan dan umpan balik, dan mewakili masyarakat dalam dialog dengan masyarakat lain dan tenaga kesehatan pemerintah. Karena mereka dapat mencapai anak-anak rentan yang mungkin kekurangan akses ke pelayanan kesehatan dasar, petugas kesehatan masyarakat telah sangat efektif dalam meningkatkan hasil kelangsungan hidup anak di proyek tingkat di negara-negara yang beragam seperti Ekuador, Ethiopia, Kolombia dan Nepal. Upaya peningkatan skala yang berhasil di seluruh negara berkembang mengkonfirmasi potensi pekerja kesehatan masyarakat untuk memberikan layanan kesehatan yang adil kepada anak-anak yang tinggal di daerah terpencil dan untuk membantu mengisi permintaan pelayanan kesehatan reguler yang belum terpenuhi di negara dengan sistem kesehatan yang lemah.

Upaya untuk meningkatkan program pekerja kesehatan komunitas, dapat menghadapi rintangan dan kemacetan. Bahkan, hanya mampu

untuk mempertahankan angka peserta yang memadai dan struktur seringkali satu dari tantangan terbesar. Ada program, terlepas dari skala mereka, bergulat dengan pelatihan yang buruk, pengawasan yang tidak memadai, kurangnya persediaan dan hubungan yang buruk dengan komunitas yang ingin mereka layani. Tingkat gesekan dalam kesehatan masyarakat program pekerja seringkali tinggi. Satu ulasan, misalnya, ditemukan tingkat gesekan 30% lebih sembilan bulan di Senegal dan 50% selama dua tahun di Nigeria. Tantangan serupa telah diidentifikasi di India, Sri Lanka dan Republik Persatuan Tanzania. Atrisi terkait dengan banyak faktor. Memenuhi tanggung jawab seorang petugas kesehatan masyarakat mengambil waktu dan sumber daya keuangan, dan mungkin melibatkan peluang biaya yang signifikan. Petugas kesehatan masyarakat, khususnya mereka yang menjadi relawan atau dibayar dalam bentuk barang atau sebagian, mungkin ada kewajiban yang harus dipenuhi dan disyaratkan penghasilan untuk menghidupi keluarganya.

Jika tuntutan pada waktu mereka dan sumber daya terbukti luar biasa, di sana adalah risiko mereka tidak akan berfungsi secara efektif sebagai petugas kesehatan atau akan turun diluar kemitraan masyarakat.

#### **4. Pengawasan dan Dukungan Program yang Memadai**

Sistem pengawasan dan dukungan untuk kemitraan perawatan kesehatan masyarakat di primer dapat mengurangi rasa isolasi petugas kesehatan masyarakat dan membantu mempertahankan minat dan motivasi, mengurangi risiko gesekan. Tenaga kesehatan terampil yang berbasis di, atau terkait erat dengan, fasilitas kesehatan umumnya melakukan fungsi pengawasan, yang dapat menambah beban kerja yang berat. Supervisor sendiri membutuhkan pelatihan untuk memperoleh keterampilan yang sesuai untuk pengawasan program berbasis masyarakat. Sumber kendala yaitu manusia, keuangan atau organisasi dapat membatasi luas dan dalamnya pelatihan, meninggalkan baik supervisor maupun petugas kesehatan masyarakat pada kerugian yang cukup besar dalam melaksanakan dan mengelola program.

Kunjungan pengawas ke masyarakat, khususnya, penting untuk di tempat pelatihan dan pembelajaran dengan melakukan untuk kedua belah pihak, tetapi kunjungan ini sering terganggu oleh kendala pada sumber daya keuangan atau infrastruktur transportasi oleh orang miskin.

## 5. Sistem Rujukan yang Efektif

Sistem rujukan yang efektif adalah pelengkap penting untuk sukses program berbasis masyarakat untuk memastikan perawatan yang kontinu. Rumah sakit menyediakan layanan yang tidak dapat aman direplikasi di tempat lain, seperti Operasi caesar dan lainnya asuhan kebidanan darurat. Namun, di negara-negara termiskin dengan angka kematian ibu dan anak tertinggi, sumber daya pelayanan kesehatan seringkali terbatas dan akses ke rumah sakit rujukan sering rendah. Dalam situasi-situasi ini, jutaan anak dapat terbantu sangat cepat dengan meningkatkan bukti, intervensi hemat biaya dalam pelayanan kesehatan primer, khususnya yang berbasis komunitas.

Pada saat yang sama, ada kebutuhan untuk berinvestasi dalam memperkuat sistem kesehatan kabupaten untuk memberikan rujukan dasar perawatan dan untuk mendukung perluasan pelayanan kesehatan primer yang esensial. Petugas kesehatan masyarakat memiliki terbukti efektif dalam mengelola banyak penyakit anak yang serius, seperti seperti diare, malaria, kekurangan gizi akut dan pneumonia; pengawasan dan akses ke layanan rujukan memperkuat kualitas kegiatan ini.

Petugas kesehatan masyarakat kurang efektif dalam mengidentifikasi dan mengelola komplikasi selama persalinan. Oleh karena itu, penurunan angka kematian ibu membutuhkan peningkatan kehadiran tenaga terampil saat lahir dengan sistem rujukan untuk perawatan kebidanan darurat. Sistem kesehatan kabupaten juga melayani sebagai titik fokus koordinasi program untuk kesehatan masyarakat, integrasi perawatan langsung untuk pasien dengan kampanye dan pengawasan berbasis populasi dan koordinasi perawatan berbasis masyarakat dan pelayanan kesehatan tingkat yang lebih rendah lainnya. Pada tingkat rujukan yang lebih tinggi (rumah sakit regional atau nasional) peran ini sering diperluas untuk mencakup fungsi seperti pelatihan dan penelitian, dan dukungan teknis dan jaminan kualitas untuk tingkat yang lebih rendah.

Sebuah komponen penting dari efektif sistem rujukan adalah komunikasi yang baik peserta dan staf berbasis fasilitas antara program komunitas. Memperkuat poin yang dibuat di bagian sebelumnya, rumah sakit rujukan harus mengikuti program masyarakat, memberikan dukungan yang kuat pada petugas kesehatan untuk masyarakat, dan menghabiskan banyak proporsi waktu memberikan saran melalui kontak orang ke orang atau cara komunikasi lainnya. Peningkatan teknologi informasi dan komunikasi dapat memfasilitasi dialog dan rujukan, bahkan di negara berpenghasilan rendah.

## **6. Koordinasi dan Kerjasama dengan Layanan dan Sektor Penting Lainnya**

Sama seperti sistem rujukan sangat penting untuk mendukung dan mengkoordinasikan kegiatan di tingkat masyarakat, kerjasama dan komunikasi antar program di tingkat kabupaten dan kerjasama lintas sektor juga penting. Koordinasi pelayanan kesehatan dengan yang lain dapat mengambil banyak bentuk. Keuntungan yang bisa didapat sangat banyak, termasuk berbagi ide-ide baru, pelatihan, sumber daya dan evaluasi keterampilan; dan peringatan dini, manajemen dan penahanan penyakit wabah.

Di Kamboja, misalnya, organisasi non-pemerintah berbagi sumber daya melalui Grup LSM Survival Anak nasional yang bertemu secara teratur di Phnom Penh. Anggota dari grup ini dan perwakilannya dari kunjungan Kementerian Kesehatan masing-masing proyek orang lain untuk diperiksa dan dipelajari dari kemajuan dan adaptasi di pendekatan kepada ibu, bayi baru lahir dan perawatan kesehatan anak (Black et al., 2003). Melalui kelompok, organisasi internasional telah dapat berbagi praktik terbaik keliling dunia. Misalnya, Metode *Care Group* disebutkan dalam panel di Mozambik juga dipekerjakan di Kamboja, Malawi dan Rwanda.

## **7. Pembiayaan yang Aman**

Pembiayaan berbasis masyarakat program kesehatan mungkin datang dari berbagai sumber, antara lain : anggota masyarakat itu sendiri; pemerintah kota atau kabupaten melalui fasilitas kesehatan setempat; pribadi patron atau organisasi masyarakat; dan pemerintah nasional atau

organisasi non-pemerintah di tingkat administrasi yang lebih tinggi dalam negara atau luar negeri.

Mengamankan pembiayaan untuk program berbasis masyarakat adalah hal yang kompleks dan terkadang proses kontroversial, dan tinjauan mendalam dari argumen berada di luar cakupan laporan ini. Sebagian besar pembiayaan untuk kesehatan anak di negara-negara berpenghasilan rendah, bagaimanapun, akan terus disediakan oleh donor eksternal. Negara dan kabupaten dengan kapasitas sistem kesehatan yang rendah dan sarana keuangan yang terbatas mungkin berjuang untuk mempertahankan bahkan program menengah tanpa adanya pendanaan donor. Selain itu, tidak ada jawaban sederhana untuk mengembangkan struktur keuangan yang sehat dan mandiri. Pekerja kesehatan khususnya di tingkat masyarakat membutuhkan beberapa jenis insentif keuangan untuk memberi makan keluarga mereka dan mengamankan partisipasi dan motivasi mereka yang berkelanjutan dalam program ini. Demikian pula, tenaga profesional yang terampil seringkali dibayar rendah mungkin memerlukan kompensasi finansial untuk bekerja di daerah yang kekurangan dan dengan program masyarakat.

Pertimbangan keberlanjutan dan ekuitas berarti bahwa masalah pembagian biaya dalam bentuk biaya pengguna untuk perawatan kesehatan dan layanan penting lainnya dalam masyarakat harus ditangani oleh masyarakat itu sendiri. Ketika biaya dibebankan, mereka harus diatur pada level yang tidak menghambat kehadiran untuk layanan penting. Layanan seperti imunisasi dan perawatan darurat harus gratis. Dia diinginkan bahwa setiap pembagian skema biaya yang dikenakan untuk layanan di dalam masyarakat dipertahankan dan dikelola oleh masyarakat itu sendiri dan digunakan untuk kegiatan yang secara langsung menguntungkan mereka, seperti membeli obat-obatan atau insentif kinerja untuk pekerja kesehatan. Komite Komunitas kesehatan, idealnya terdiri dari anggota masyarakat, petugas kesehatan dan pengelola fasilitas kesehatan setempat, harus menjadi saluran pembayaran tenaga kesehatan masyarakat. Ketika masyarakat memutuskan untuk membebankan biaya untuk pelayanan kesehatan, suatu sistem harus ditetapkan sehingga mereka yang tidak mampu membayar, seperti yang ditentukan oleh masyarakat, akan menerima semua layanan tanpa biaya (WHO, 2006).

## 8. Integrasi Masyarakat Program Menjadi Layanan Kabupaten dan Kebijakan Nasional

Kemitraan masyarakat di bidang kesehatan, gizi, air dan sanitasi dan AIDS berlimpah di seluruh negara berkembang dunia. Potensi mereka tidak dalam keraguan, meskipun jelas ada banyak elemen yang terlibat dalam pembuatannya sukses dan, karenanya, banyak ancaman terhadap keberlanjutannya dan pencapaiannya. Dua elemen kunci yang dapat membantu mempertahankan dan mendukung inisiatif berbasis komunitas adalah dukungan aktif dari pemerintah provinsi dan pusat, dan integrasi ke dalam kebijakan, rencana dan anggaran pemerintah.

Kelangsungan hidup ibu dan anak, kesehatan dan gizi harus menonjol dalam nasional dan desentralisasi rencana dan anggaran, dengan tujuan yang jelas dan tolok ukur yang konkrit. Strategi untuk kelangsungan hidup anak harus dirumuskan melalui proses konsultatif, melibatkan perwakilan dari masyarakat, tingkat kabupaten dan nasional, serta komunitas donor. Memahami variasi dalam profil epidemiologi yang ada dalam suatu negara adalah langkah strategi menuju pengembangan target yang penting terlebih dahulu. Sama pentingnya adalah penilaian rinci atas realitas keuangan dan tingkat infrastruktur yang ada di masyarakat, kabupaten dan pelayanan kesehatan tingkat nasional.

Aspek-aspek ini sangat penting untuk keberhasilan pelaksanaan strategi nasional untuk kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, harus dipertimbangkan pada awal dari setiap latihan perencanaan.

### Program Pemerintah *Child Survival*

Rencana Aksi Nasional untuk Keberlangsungan Hidup Anak (*Child Survival*) Disusun oleh Kementerian Kesehatan dan WHO (2010-2011)

- Semua usaha untuk mengurangi kematian anak (*All efforts for reducing child mortality*).
- *Tagline*: Stop kematian anak (*stop child death*).

Berbagai kegiatan saat ini dan mendatang yang perlu diperhatikan dalam Kebijakan KIA:

- Perubahan struktur di Kementerian Kesehatan;
- Kegiatan AusAid di NTT
- Kegiatan Bank Dunia di Jawa Barat

- Kegiatan Investment Case
- Kegiatan EMAS UsAid
- Pengebangan Rencana Aksi Nasional Child Survival
- Kebijakan mengenai tenaga kesehatan KIA termasuk task Shifting dan dokter plus.
- Peningkatan Peran RS swasta dalam kegiatan KIA untuk mencapai MDG4 dan MDG5 Peranan Jaminan Persalinan Nasional dan BOK untuk Kesehatan Ibu dan Anak.

## **Child Survival pada Masa Pandemi Covid-19**

Saat ini, dunia tengah menghadapi krisis kesehatan secara global dan sosial ekonomi yang belum pernah terjadi akibat adanya Pandemi Covid-19. Di Indonesia sendiri, banyak kehidupan anak dan keluarga yang seakan terhenti hal ini disebabkan karena adanya pandemi yang mengharuskan dilakukan pembatasan sosial dan berdampak pada penutupan beberapa sektor seperti sekolah dan tempat ibadah hal ini berdampak pada pendidikan, kesehatan mental dan juga akses ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Hal ini menimbulkan risiko adanya eksploitasi dan pelecehan yang meningkat, baik pada laki-laki atau pada perempuan.

Penyakit ini dapat menginfeksi siapa saja tanpa adanya pandang bulu, dampak yang berat dapat dirasakan oleh anak-anak dari kelompok yang rentan terkena infeksi seperti anak-anak yang tidak mendapat pelayanan yang memadai, memiliki masalah gizi, sistem kesehatan yang menurun serta pendidikan yang didapat menurun, banyak keluarga yang mempunyai masalah pada keuangan, serta banyak kasus terjadinya kekerasan dan hal ini membutuhkan usaha agar krisis kesehatan tidak akan menjadikan krisis hak pada anak.

Setelah dinyatakan adanya kasus covid-19 di Indonesia pertama kali, UNICEF melakukan upaya dalam merespon pandemi ini dengan bekerja sama dengan pemerintah dan juga WHO serta mitra lain. Upaya yang dilakukan yaitu melakukan pembagian perlengkapan alat kesehatan yang esensial sebagai salah satu penyelamatan nyawa, memastikan pelayanan kesehatan dan gizi terlaksana, membangun sarana kebersihan dan air dan juga memastikan upaya dari UNICEF dalam mencegah penyebaran covid-19 agar anak-anak tetap mendapatkan pendidikan serta perlindungan dan dampak yang minimal pada upaya ini.

Upaya yang dilakukan UNICEF yaitu :

1. **Menyediakan informasi yang akurat kepada masyarakat di Indonesia**

Dalam hal ini kampanye yang dilakukan UNICEF berupa komunikasi publik untuk memberikan pesan-pesan dan nasihat seputar kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat terutama kepada orang tua dan anak-anak tentang risiko Covid-19 dan bagaimana cara mencegah penularan dan penyebaran virus Corona. Dalam mengurangi risiko kerugian UNICEF bekerja sama dengan media atau platform seperti Facebook, Instagram, TikTok dan LinkedIn dalam menangkal berita dan informasi palsu mengenai Covid-19 dan memastikan agar masyarakat dapat menerima informasi yang sebenarnya. Selain itu UNICEF melibatkan berbagai kalangan anak muda yang tergabung ke UNICEF melalui platform U-Report yang dilaksanakan sebelum adanya wabah Covid-19 dinyatakan pada bulan Maret. Dari platform ini UNICEF bisa memonitoring upaya yang dilakukan para pemuda dalam menghadapi wabah dan mengukur pengetahuan mereka tentang gejala, penularan serta pencegahan Covid-19. Berdasarkan hasil dari U-Report, sebanyak 500.000 telah menggunakan Whatsapp sebagai sarana berbagi informasi penting mereka.

2. **Menjangkau anak-anak dari kelompok yang rentan terkena infeksi dengan kampanye mengenai kebersihan, inisiatif air, serta sanitasi (WASH)**

Dalam hal ini upaya yang pertama yaitu melakukan kampanye dengan informasi mengenai cara mencuci tangan dengan 6 langkah efektif dan melakukan cuci tangan dengan menggunakan sabun di bawah air mengalir hal ini diyakini memiliki efektivitas dalam mencegah penyebaran covid-19. Namun, sekitar 35% di sekolah dan Puskesmas sebesar 34% mengalami kekurangan akses terhadap sarana yang digunakan untuk mencuci tangan. Di wilayah perkotaan yang padat penduduk sebanyak 28% persen warga atau sekitar 41 juta orang, tidak memiliki sarana mencuci tangan di rumah. Untuk membantu mencegah penularan, UNICEF mempromosikan praktik cuci tangan dan kebersihan serta membagikan peralatan kepada komunitas paling rentan seperti wastafel, perlengkapan disinfektan, dan sabun batang.

3. **Memastikan anak tetap bisa belajar**

Dalam masa pandemi Covid-19 banyak sekolah diseluruh dunia tutup agar mencegah dan menurunkan angka penularan Covid-19. Hal ini

berakibat pada anak yang tidak lagi sekolah atau harus belajar dirumah dengan jarak jauh. Namun hal ini berpengaruh pada akses yang setara dengan pendidikan, pembelajaran dan potensi tanpa akses akses yang setara dengan pendidikan, pembelajaran dan potensi jutaan murid akan rugi. Dalam meminimalisi terjadinya hambatan pada pendidikan, UNICEF menyediakan panduan untuk orang tua atau pengasuh serta guru dalam mendukung pembelajaran jarak jauh. Dalam hal ini UNICEF bermitra dengan berbagai pihak untuk merancang solusi belajar yang lebih inovatif. Bagi anak-anak yang berada di panti asuhan, UNICEF membagikan perlengkapan belajar yang edukatif agar mereka bisa belajar dan dapat bermain ditempat masing-masing. Selain itu UNICEF juga mendukung adanya upaya yang dilakukan oleh kementerian Pendidikan dan Kebudayaan untuk menyiarkan program pada acara Televisi dan juga via radio agar anak-anak dengan keterbatasan bisa mendapatkan akses untuk belajar.

#### **4. Menjaga Kesehatan Anak**

Akibat wabah Covid-19 menjadikan beban yang luar biasa pada sistem pelayanan dan sistem kesehatan Indonesia. Baik tenaga kesehatan dan sumber daya kesehatan lainnya terserap dalam mendukung respon terhadap wabah ini. Bagi orang tua, hal ini menyebabkan kekhawatiran adanya penularan dan adanya kebijakan menjaga jarak fisik yang mungkin membuat mereka melakukan penundaan dalam mendapatkan imunisasi rutin. Jika seperti itu, banyak bayi baru lahir, anak dan ibu yang beresiko tidak mendapat penanganan medis atau intervensi kesehatan yang penting bagi keselamatan mereka. Hal ini menyebabkan adanya kemunduran pada kemajuan yang telah dicapai selama ini dalam mempertahankan kehidupan dan pertumbuhan pada anak.

Dalam hal ini UNICEF menanggapi dengan memprioritaskan pada pemberian obat-obatan, gizi dan bekerjasama dengan pemerintah serta jaringan logistik untuk memitigasi dari pembatasan penyaluran persediaan perlengkapan kesehatan. Selain itu, UNICEF mengadakan perlengkapan untuk melakukan pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI), seperti cairan pembersih tangan, masker, disinfektan, serat alat perlindungan diri agar tenaga kesehatan bisa melakukan pekerjaannya dengan aman dan terhindar dari paparan Covid-19.

## 5. **Mendukung keluarga memenuhi kebutuhan dan mengasuh anak**

Dampak yang berat tentang sosial dan ekonomi Covid-19 akan dirasakan pada anak-anak yang rentan terkena infeksi, sementara dari mereka sudah hidup di tengah keadaan kemiskinan, sementara upaya respon Covid-19 mengandung konsekuensi yang dapat mempersulit kehidupan mereka. UNICEF mendukung pemerintah mengembangkan solusi perlindungan sosial yang memastikan agar rumah tangga termiskin bisa mengakses pendanaan penting.

## 6. **Melindungi Anak dari Kekerasan, Eksploitasi dan Pelecehan**

Kehidupan masyarakat yang terganggu, anak yang sudah berisiko mengalami kekerasan. Bagi anak perempuan, ketidakpastian sosial dan ekonomi meningkatkan risiko perkawinan dini, kehamilan, dan kekerasan berbasis gender. Dalam situasi karantina, anak yang menghadapi kekerasan di rumah atau dunia maya yang jauh dari bantuan. Selain itu, stres karena Covid-19 dan tekanan keuangan dapat memperparah situasi keluarga dan masyarakat yang sejak awal rentan.

UNICEF sedang bekerja sama dengan otoritas setempat untuk menguatkan sistem perlindungan pada anak dan mencegah serta merespon kasus kekerasan, eksploitasi dan pelecehan terhadap anak. Untuk mendukung kesehatan mental dan melawan stigma, xenofobia, dan diskriminasi, UNICEF juga menyediakan sarana informasi dikalangan pemuda. Dalam hal ini UNICEF mendorong pembebasan pada anak-anak yang mengalami penahanan hukum dan sangat berisiko tertular Covid-19.

## 7. **Bekerja Sama dengan Sektor Swasta**

Sektor bisnis juga memiliki peran penting dalam merespon pandemi ini di Indonesia dan meminimalisir dampak negatif yang terjadi yang dapat terjadi pada anak-anak dimasa pandemi Covid-19. Dalam hal ini, UNICEF menerbitkan panduan bagi para pekerja dalam mendukung anak-anak dari karyawan dan keluarga mereka agar terhindar dari penyebaran Covid-19. Panduan ini dibuat dengan bekerja sama dengan pihak WHO dan beberapa perusahaan yang telah berkomitmen dalam mendukung respon Covid-19 di Indonesia secara finansial. Selain itu juga bekerja sama dengan pihak Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) dan UN Women serta beberapa perusahaan lain. Dalam hal ini, secara khusus diberi bantuan dari Hutchison 3 Indonesia dan Accenture Indonesia. Selain itu melalui inisiatif

WAS4Work, UNICEF juga merangkul dunia usaha yang berada di daerah yang sulit untuk dijangkau dalam memperoleh air yang bersih dan sanitasi yang aman untuk para karyawannya dan masyarakat di sekitar tempat itu untuk mencegah penyebaran Covid-19 (UNICEF, 2021b)

## DAFTAR PUSTAKA

- Black, Robert E, Saul S Morris, and Jennifer Bryce. 2003. "Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?" *The Lancet* 361.
- Chen, Lincoln et al. 2004. "Human Resources for Health: Overcoming the Crisis." *Lancet* 364(9449): 1984–90.
- Conde-Agudelo, Agustín, Anyeli Rosas-Bermudez, Fabio Castaño, and Maureen H. Norton. 2012. "Effects of Birth Spacing on Maternal, Perinatal, Infant, and Child Health: A Systematic Review of Causal Mechanisms." *Studies in Family Planning* 43(2): 93–114.
- Darmstadt, Gary L. et al. 2005. "Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How Many Newborn Babies Can We Save?" *Lancet* 365(9463): 977–88.
- Haines, Andy et al. 2007. "Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers." *Lancet* 369(9579): 2121–31.
- Hanley, Gillian E., Jennifer A. Hutcheon, Brooke A. Kinniburgh, and Lily Lee. 2017. "Interpregnancy Interval and Adverse Pregnancy Outcomes an Analysis of Successive Pregnancies." *Obstetrics and Gynecology* 129(3): 408–15.
- Jones, Gareth et al. 2003. "The Lancet CHILD SURVIVAL II How Many Child Deaths Can We Prevent This Year? Child Survival II." *The Lancet* 362(July 5): 65–71.
- Phillips, James F, Ayaga A. Bawah, and Fred N. Bink. 2006. "Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: The Navrongo Experiment in Ghana." *Bulletin of the World Health Organization* 84(12): 949–55.
- UNICEF. 2021a. *Maternal, Newborn, and Child Survival*. <https://www.unicef.org/research-and-reports>.

- . 2021b. *Melindungi Anak Pada Masa Pandemi Covid-19*. <https://www.unicef.org/indonesia/id/coronavirus/melindungi-anak-dan-keluarga-dari-covid-19>.
- WHO. 2006. “Improving Child Health in The Community.” In , 9.
- World Health Organisation. 2005. “Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing.” *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing* 13(6): 1–44. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/birth\\_spacing.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf).
- World Health Organization. 1998. “Integration of Vitamin A Supplementation with Immunization : Policy And.”

## BIOGRAFI PENULIS



**Dahliana, SKM, M.Kes.** Lahir di Palembang 15 Desember 1969. Ibu dari 3 orang putra dan 1 orang putri dengan suami yang selalu mensupport setiap langkah dengan ridhonya. Mengenal dunia kesehatan dengan mengawali pendidikan di SPK Depkes Palembang, AKPER Depkes Palembang, AKBID Rizki Patya Palembang, Stikes ABDINUSA Palembang dan S2 Biodemik FK UNSRI Palembang. Saat menekuni profesi sebagai dosen Poltekkes Kemenkes Palembang Prodi D3 Kebidanan Muaraenim.





## BAB V

### PSIKOLOGIS PADA MASA KEHAMILAN

*Dr. Ira Kusumawaty, SKp., M.Kes., MPH*  
*Poltekkes Kemenkes Palembang*

#### **Konsep Dasar Psikologis pada masa kehamilan**

Kehamilan merupakan pengalaman dan periode yang sangat menantang bagi setiap wanita yang mungkin menghadapi perubahan signifikan dalam hidup mereka seperti perubahan fisik, berhenti bekerja dan merasakan perasaan yang cemas tentang persalinan, risiko intervensi medis, kesehatan, kemampuan mengasuh anak atau menjadi ibu dan hubungan dengan pasangannya (Blondé et al., 2020) this research explored the role of various predictors: perceived stress, beliefs about medicine, health locus of control (HLOC. Sementara perubahan yang diharapkan ini memiliki potensi untuk memicu tingkat stress yang tinggi yang harus dikendalikan. Dalam penelitian penggunaan *Complementary and alternative medicine* (CAM) mendapat pengaruh yang positif yaitu adanya pengaturan stres dan kecemasan yang bisa diprediksi (Clayton et al., 2016).

Kehamilan dan persalinan merupakan suatu krisis pada maturitas yang menyebabkan kecemasan dan depresi atau stres pada wanita,

yang merupakan pengalaman yang berharga bagi wanita karena akan mempersiapkan diri untuk tanggung jawab yang besar untuk kedepannya. Saat melakukan persiapan dalam peran baru bagi wanita saat hamil ataupun peran menjadi orang tua.

Terjaminnya keamanan pada masa kehamilan merupakan suatu hal yang harus diperhatikan pada ibu hamil karena dalam proses kehamilan setiap wanita harus bisa beradaptasi pada perubahan fisik maupun psikologisnya yang terjadi yang salah satunya dipengaruhi oleh perubahan hormon pada ibu hamil. Bisa saja pada proses adaptasi selama masa kehamilan mengalami kegagalan atau bisa juga berhasil hingga hamil aterm dan berlangsungnya persalinan yang aman. Setiap masalah psikologis baik stress atau depresi yang dialami ibu hamil harus ditangani dengan tepat agar tidak memberikan resiko pada masa kehamilan, persalinan dan pasca bersalin.

Kecemasan yang dialami saat masa kehamilan saat akan menghadapi proses persalinan merupakan masalah gangguan emosional yang bisa ditemui dan dapat menyebabkan dampak pada psikologis yang cukup serius (Hidayat, 2013). Selain itu, stres psikologis yang dialami oleh ibu hamil merupakan stres yang diakibatkan kehidupan sehari-hari yang disebut stres psikososial. Penyebab stres ini biasanya masalah didalam keluarga, khawatir karena perekonomian, khawatir kehamilan yang semakin besar dan akan menghadapi persalinan. perubahan yang dirasakan selama kehamilan serta beban pekerjaan

Berdasarkan pendapat Stuart dan Laraira (2005) anxiety atau kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas penyebabnya yang berhubungan dengan perasaan seseorang yang tidak pasti apa penyebabnya. Keadaan ini tidak memiliki objek yang khusus. Kecemasan selama kehamilan memang tidak bisa dipungkiri karena hal ini termasuk bagian dari proses kehamilan itu sendiri dan membutuhkan penyesuaian bagi wanita hamil. Kecemasan ini juga hal yang wajar karena terdapat pengaruh dari perubahan fisik selama kehamilan (Hidayat, 2013). Berdasarkan studi, 9 dari 11 studi yang dilakukan ditemukan efek dari stres yang signifikan dalam kehamilan (*Prenatal Stress*) terhadap masa kehamilan atau risiko kelahiran kurang bulan.

Akibat tekanan emosional yang dialami ibu selama masa kehamilan pada sistem endokrin masa penyesuaian Dampak psikologis yang dialami akibat adanya tekanan dari emosional ibu hamil pada keseimbangan

endokrin serta penyesuaian pasca persalinan yang menentukan keadaan kesehatan ibu saat persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir.

Berdasarkan penelitian di Amerika Serikat yang dilakukan pada 360 responden ibu hamil didapatkan 10% ibu hamil mengalami depresi saat masa kehamilan dan sekitar 6,8% mengalami depresi pada masa pasca bersalin.

## **Perubahan Psikologis dan Sosial Selama Kehamilan**

Kehamilan adalah periodik unik dalam kehidupan wanita. Seperti halnya perubahan fisik, kehamilan juga menyebabkan sejumlah perubahan non fisik yang mungkin sementara atau lama sampai masa kehamilan selesai.

### **1. Identitas**

Pengalaman pertama seorang wanita hamil sering menyebabkan perubahan yang signifikan dalam identitas dirinya (Bailey, 1999). Sementara beberapa wanita menyambut atau mulai beradaptasi dengan mudah dengan identitas barunya, yang lain mungkin lebih sulit menerima perubahan ini atau sulit untuk menyeimbangkan peran baru mereka. Perilaku dapat didorong oleh keinginan untuk mempertahankan elemen identitas diri sebelum hamil (Atkinson et al., 2016)

### **2. Hilang Kendali**

Meskipun banyak wanita yang mengatakan bahwa senang dengan adaptasi yang dilakukan oleh tubuh mereka selama kehamilan, banyak wanita juga mengatakan bahwa mereka merasa kehilangan kontrol tubuh mereka atau tubuh menjadi otonom secara otomatis dan mandiri dalam melakukan apa yang diperlukan untuk menciptakan dan mendukung kehidupan baru (Neiterman & Fox, 2017).

### **3. Fungsi Kognitif**

Banyak wanita melaporkan mengalami beberapa bentuk penurunan kognitif selama masa kehamilan seperti wanita mengatakan bahwa menjadi lebih pelupa atau mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi pada tugas atau melakukan kegiatan yang berhubungan dengan pekerjaan biasa mereka. Dari studi prospektif menyimpulkan bahwa hanya ada bukti terbatas untuk gangguan memori atau fungsi kognitif lainnya selama kehamilan (Henry & Rendell, 2007)

#### 4. Perubahan Perilaku

Wanita mungkin berusaha untuk mengadopsi atau mengubah banyak perilaku setelah mereka hamil. Berdasarkan pedoman lokal, tenaga kesehatan memberikan nasehat pada saat kunjungan antenatal seperti tidak merokok, tidak meminum minuman bersoda dan beralkohol dan banyak makan makanan bergizi serta memperhatikan pola makan dan minum air putih. Faktanya banyak ibu hamil melaporkan bahwa itu berlebihan terutama pada awal kehamilan. Karena tuntutan kognitif untuk mencoba beberapa perilaku, ada kemungkinan beberapa perubahan akan berhasil dan penelitian menunjukkan bahwa wanita mungkin memandang aktivitas fisik sebagai prioritas rendah.

### **Bukti Empiris yang Menghubungkan Kecemasan, Stres, dan Depresi Ibu Prenatal pada Bayi**

Pendekatan yang paling umum dalam studi manusia tentang distress prenatal adalah untuk melacak sampel dengan berbagai derajat paparan dari kehamilan sampai periode pascanatal, dan kemudian hubungkan variasi ini ke bayi. Ketidakmampuan untuk bereksperimen menimbulkan kesusahan pada titik tertentu dalam kehamilan (untuk alasan etis yang jelas) berarti ada keterbatasan untuk menilai efek waktu; itu mungkin mengapa belum ada konsensus tentang waktu penderitaan untuk sebagian besar hasil yang dinilai. Yang satu kemungkinan pengecualian untuk ini adalah beberapa laporan dari studi naturalistik menunjukkan bahwa awal dan tidak ada gangguan kehamilan di kemudian hari mungkin terkait dengan gangguan neurologis atau lebih parah (Glover, 2011). Studi itu telah memanfaatkan bencana alam untuk diperiksa hipotesis efek waktu atau keparahan, seperti Badai es Quebec atau serangan teroris pada 11 September (Yehuda et al., 2005), atau badai Katrina (Harville et al., 2009) telah menghasilkan temuan yang menarik, tetapi dalam hal ini durasi dan waktu studi dikacaukan, yaitu, para wanita yang mengalami peristiwa itu sebelumnya kehamilan dipengaruhi olehnya dan konsekuensinya bagi persentase kehamilan yang lebih besar daripada mereka nanti terpapar.

Satu temuan yang konsisten adalah bahwa efek prenatal memiliki tekanan pada bayi tidak terbatas pada keparahan gangguan ibu hamil lebih tepatnya, cukup linier atau pola respons dosis dekat telah dilaporkan

(bahkan dalam studi yang memilih untuk menyajikan hasil menggunakan skala dikotomi). Ini adalah pengamatan penting sejauh menyiratkan bahwa dampak potensial dari Distress maternal prenatal dapat dideteksi pada tingkat kesusahan atau gangguan subklinis, lebih lanjut meningkatkan dan memperluas perhatian kesehatan masyarakat. Salah satu implikasi yang jelas adalah bahwa intervensi untuk mengurangi tekanan kehamilan – untuk kepentingan ibu dan anak – tidak perlu dibatasi atau ditargetkan pada wanita dengan gangguan klinis.

Relatif sedikit penelitian yang mempertimbangkan atau membedakan sumber gangguan prenatal ibu. Akibatnya, tidak jelas apakah peningkatan beban atau tuntutan yang mungkin timbul dalam kehamilan adalah lebih erat daripada, misalnya, lama rawan kecemasan; stresor khusus untuk kehamilan telah dibahas, termasuk hubungan intim kekerasan pasangan dan kekhawatiran yang mungkin terutama menonjol pada kehamilan. Atau, mungkin itu stresor rutin dari tempat kerja atau pengaturan lain menjadi lebih membebani dalam kehamilan, meskipun data yang tersedia menunjukkan (Glynn et al., 2001; Kammerer et al., 2002). Memilah sumber stres mungkin memberikan petunjuk tentang bentuk-bentuk kognitif yang efektif dan intervensi psikososial mungkin diperlukan, meskipun masing-masing dari stresor ini, jika mereka mempengaruhi perkembangan janin, mungkin akan beroperasi melalui sirkuit dan mekanisme tegangan yang sama.

Basis bukti yang menghubungkan distress ibu prenatal pada bayi adalah substansial. Minimal, itu berarti bahwa ini sekarang dilihat sebagai area utama untuk penyelidikan ilmiah, dan lebih jauh menggarisbawahi poin kami sebelumnya bahwa tidak ada lagi kebutuhan untuk mengandalkan investigasi hewan percobaan sebagai inspirasi untuk penelitian klinis lebih lanjut. Banyak ulasan tentang literatur untuk bayi, seperti disebutkan di atas. Tinjauan singkat kami tentang temuan ini lebih menyoroti bidang studi baru dan temuan ilustratif, dengan penekanan khusus pada signifikansi klinis.

Titik awal yang menarik untuk tinjauan penelitian adalah studi kohort Denmark baru-baru ini, berdasarkan rata-rata 66.000 pasangan ibu-anak dengan data tentang stres ibu yang dilaporkan dan data catatan kesehatan pada anak (Tegethoff et al., 2011). Hasil menunjukkan bahwa ukuran

stres hidup pada kehamilan dikaitkan dengan sedikit peningkatan dalam berbagai jenis penyakit dan gangguan, termasuk mental dan perilaku, pencernaan, dan kondisi sistem pernapasan. Studi besar ini menunjukkan salah satu pesan yang lebih penting yaitu mekanisme yang mungkin berperan pada kesehatan mental anak, dan menyiratkan sifat yang agak artifisial dari praktik penilaian dan pengobatan pediatrik berbasis disiplin. Kumpulan temuan kedua adalah bahwa banyak dari faktor kebidanan yang telah lama dikaitkan dengan kesehatan dan perkembangan anak – berat lahir, usia kehamilan diprediksi dari suasana hati ibu dan stres pada kehamilan (Grote et al., 2010).

Temuan ini penting dalam membantu untuk membangun dampak bonafide dari fisiologi ibu berbasis suasana hati pada perkembangan janin dan untuk mengidentifikasi kemungkinan strategi untuk intervensi dan menunjukkan bagaimana intervensi mungkin memiliki efek yang bermanfaat pada anak yang sedang berkembang.

## **Perubahan psikologi pada masa Persalinan**

### **1. Perubahan Psikologis pada Kala 1**

Selain kontraksi uterus pada persalinan kala 1, pada umumnya ibu bersalin dalam keadaan santai, tenang dan tidak pucat. Dan pada saat ini keadaan psikologis ibu bersalin pada kala I yaitu :

- Kecemasan dan ketakutan pada kesalahan dan dosa-dosa diri sendiri. Ketakutan ini berfupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan yang cacat yang berdasarkan pada takhayul. Walaupun pada saat ini mulai berkurang tentang kepercayaan gaib karena telah dijelaskan dengan alasan yang aptologis dan abnormalitas.
- Munculnya rasa takut, tegang, sakit dan cemas serta konflik batin yang bercampur menjadi satu dalam proses ini. Semua ini disebabkan oleh janin yang semakin besar yang menyebabkan ibu merasa semakin lelah dan capek serta merasa kurang nyaman pada tubuhnya sendiri serta sulit untuk tidur dengan nyenyak dan beban beban lainnya pada saat kehamilan
- Muncul rasa jengkel, kurang nyaman dan gerah serta tidak sabar atau lebih sensitif sehingga menyebabkan ibu dan janin akan terganggu. Hal ini disebabkan kepala bayi yang mulai memasuki panggul dna timbul

- kontraksi-kontraksi pada rahim yang dicintainya mulai merasa berat.
- Rasa takut saat menghadapi kesulitan dan risiko bahaya saat melahirkan bayi seperti :
    - Takut dan merasa gelisah dengan waktu yang singkat dan tanpa alasan yang jelas
    - Keluhan sesak nafas dan rasa tercekik serta jantung yang berdebar-debar
    - Ketakutan jika mati atau merasa tidak dapat ditolong saat persalinan
    - Pucat, pandangan kabur, pernafasan pendek, dan takikardi
  - Adanya harapan tentang jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan. Hubungan ibu dan janin terpecah sehingga popularitas aku dan kamu menjadi semakin jelas. Hal ini akan menimbulkan dualitas dalam perasaan yaitu harapan akan cinta dan kasih serta impuls rasa bermusuhan dan kebencian
  - Sikap bermusuhan dengan bayinya seperti berkeinginan untuk mempunyai janin atau bayi yang unggul, merasa cemas jika bayi tidak aman jika telah lahir, dan merasa belum mampu bertanggung jawab pada bayinya atau merasa belum siap menjadi seorang ibu, takut akan mati, trauma dengan proses persalinan, perasaan bersalah, dan ketakutan yang secara nyata.

## 2. **Perubahan Psikologis pada Kala II**

Pada masa ini ibu akan merasa tenang dan bangga akan kelahiran bayinya tetapi juga masih ada rasa takut dan cemas. Perubahan psikologi yang terjadi yaitu sebagai berikut :

- Terkejut dan panik dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan telah lengkap
- Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- Marah dan frustrasi
- Tidak peduli dengan apa dan siapa saja yang ada dikamar bersalin
- Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
- Fokus pada dirinya sendiri.

## Masalah Psikologis yang Terjadi Pada Saat Persalinan

Masalah yang biasa terjadi pada saat persalinan yaitu ibu mengalami kecemasan. Pada saat persalinan tidak semua ibu yang akan bersalin bisa bersikap tenang dan bangga dengan kelahiran bayinya tetapi banyak ibu yang mengalami kecemasan.

Kecemasan merupakan gangguan perasaan yang ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang dalam dan berkelanjutan. Namun masih tetap utuh dan dapat mengganggu perilaku tetapi masih dalam batas normal.

Cemas berbeda dengan takut. Cemas merupakan respon emosi tanpa adanya subjek yang khusus yang subjektif. Kecemasan di ungkapkan melalui respon fisiologis dan psikologis.

Berdasarkan penelitian (Erkaya et al., 2017), didapatkan bahwa ibu hamil dengan pendidikan rendah dan takut persalinan ditemukan tingkat kecemasan yang tinggi. Hal ini serupa dengan penelitian oleh (Laurson et al., 2009) bahwa tingkat ketakutan dan kecemasan melahirkan ditemukan tinggi pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah. Dalam konteks ini, dapat dikatakan bahwa informasi tentang kehamilan dan kelahiran tidak diberikan sesuai dengan tingkat pendidikan mereka.

Selain itu tingkat kecemasan dan ketakutan ibu hamil yang mendapatkan *Antenatal Training* (AT) dari buku, internet, kursus didapatkan kecemasan tinggi seperti dalam studi yang dilakukan oleh Dönmez, Yeniel dan Kavlak (2014). Di dalam hal ini, Turan, Ortaylı, Nalbant, dan Bulut (2003) menyatakan bahwa hampir tidak ada informasi yang diberikan kepada ibu hamil tentang persalinan dan kesehatan nifas dalam penelitiannya. Oleh karena itu, yang diperoleh sendiri, disalahartikan dan informasi yang tidak diaudit diperoleh dari buku-buku tentang kehamilan dan persalinan dan gambar traumatis dengan mudah tersedia dari internet dapat dikaitkan dengan peningkatan tingkat kecemasan.

Dalam penelitian (Erkaya et al., 2017), wanita hamil dengan risiko persalinan prematur (28-37 minggu) memiliki skor BAI dan W-DEQ-A yang tinggi. Demikian juga, en dan irin (2013) dan Alipour, Lamyian, Hajizadeh dan Vafai (2011) menyarankan bahwa kelahiran prematur memiliki risiko meningkatkan kecemasan dan ketakutan saat persalinan.

Dalam menghilangkan kecemasan dan ketakutan akan kelahiran, sangat penting faktor psikologis seperti dukungan sosial dan pasangan (Sani, 2015). Dari penelitian (Erkaya et al., 2017) didapatkan skor rata-rata BAI dari wanita hamil tanpa dukungan sosial selain pasangan mereka ditemukan tingkat kecemasan yang tinggi. Demikian juga, kecemasan tinggi dan ketakutan saat persalinan ditemukan pada wanita tanpa dukungan pasangan (Gao et al., 2015) dan yang tidak puas dengan dukungan pasangan mereka (Lukasse, Vangen, IEN dan Schei, 2011). Berdasarkan semua data tersebut, dapat dikatakan bahwa kehadiran pasangan saja tidak cukup, mereka tidak tahu cara mengatasi kecemasan dan ketakutan, pendidikan mereka tidak lengkap, mereka juga memiliki ketakutan menjalani persalinan dan tidak dapat melakukan intervensi dengan tepat.

Selain itu, ditemukan bahwa ada hubungan antara kecemasan dan ketakutan akan kelahiran (Spice et al., 2009) dan ibu hamil dengan tingkat kecemasan tinggi memiliki rasa takut melahirkan 2,4 kali lebih banyak. Karena skor total W-DEQ-A meningkat, skor BAI juga meningkat (Saisto et al., 2001) menekankan bahwa kecemasan merupakan determinan penting dalam peningkatan rasa takut melahirkan.

Seperti yang ditunjukkan dalam literatur, situasi ini dapat dikaitkan dengan pengalaman kelahiran negatif sebelumnya dari wanita hamil multigravida. Dalam penelitian sebelumnya didapatkan bahwa wanita hamil mengalami tingkat kecemasan dan ketakutan yang sedang tentang kehamilan dan persalinan. Dapat dikatakan bahwa khususnya pelatihan tentang persalinan yang diberikan kepada ibu hamil tidak memadai dan hal ini penting untuk menghilangkan kekurangan di bidang ini. Pelatihan yang diberikan kepada ibu hamil dapat memberikan mereka kontrol perilaku, pengembangan perasaan positif, peningkatan kepercayaan diri dan perbaikan dalam proses persalinan. Dalam arah ini, penting bagi bidan dan perawat yang memberikan asuhan antenatal untuk mengurangi ketakutan dan kecemasan pada persalinan yang dialami dan berikan konseling pada ibu hamil (Erkaya et al., 2017).

Respon tubuh terhadap kecemasan secara fisiologis yaitu dengan mengaktifkan sistem syaraf otonom (simpatis dan parasimpatis). Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi proses dalam tubuh, sedangkan sistem

saraf parasimpatis akan menimbulkan respon dari tubuh. Jika korteks pada otak menerima rangsangan maka rangsangan akan dikirim melalui saraf simpatik ke kelenjar adrenal dan akan menimbulkan efek yaitu nafas mendalam, nadi meningkat dan tekanan darah juga meningkat. Darah akan diterima oleh jantung, susunan saraf pusat dan otak. Dengan adanya peningkatan glikogenolisis maka gula darah akan meningkat. Kecemasan secara psikologis akan mempengaruhi koordinasi atau gerak refleks, kesulitan mendengar atau mengganggu komunikasi dengan yang lain. Hal ini dapat menyebabkan individu menarik diri dari orang lain.

Kecemasan secara umum dipengaruhi oleh beberapa gejala yang mirip dengan orang yang mengalami stress. Dalam hal perbedaan jika stress lebih ke gejala fisik, sedangkan untuk kecemasan lebih ke gejala psikis. Gejala mengalami kecemasan yaitu sebagai berikut :

- Adanya ketegangan motorik atau alat gerak seperti gemetar, tegang, nyeri otot, letih, capek, gemetar, mudah kaget dan gelisah serta kening berkerut.
- Adanya hiperaktivitas saraf otonom (simpatis dan parasimpatis) seperti keluar keringat yang berlebihan, palpitasi, merasa dingin, sering buang air kecil, muka pucat, denyut nadi dan nafas yang cepat
- Rasa khawatir yang berlebihan tentang hal-hal yang membuat cemas seperti cemas, takut, khawatir, dan membayangkan yang akan terjadi di masa mendatang.
- Adanya kewaspadaan yang berlebihan seperti perhatian mudah teralihkan, kehilangan konsentrasi, susah tidur, mudah tersinggung, lebih sensitif dan tidak sabar.

Keadaan menjelang persalinan adalah salah satu penyebab kecemasan. Pada saat melahirkan bayi sifatnya tidak akan selalu somatis, artinya penyebab psikomatis dari bagian psikis akan mempengaruhi proses persalinan (Shodiqoh et al., 2014).

Menurut Ramaiah, kecemasan adalah keadaan yang normal dirasakan setiap orang jika orang tersebut mengalami tekanan dan perasaan yang dalam sehingga menyebabkan masalah psikiatris. Sering kali kecemasan akan berkembang dalam waktu yang lama tergantung dari pengalaman masing-masing individu. Adanya peristiwa-peristiwa khusus dapat menyebabkan kecemasan (Shodiqoh et al., 2014).

Berdasarkan Sarwono (2008), masalah utama yang terjadi sejak lama adalah kematian dan kesakitan yang dialami ibu hamil dan bersalin serta bayi baru lahir. Berdasarkan WHO setiap tahun ada sekitar 210 juta kehamilan didunia dan ada sekitar 8 juta mengalami masalah dan komplikasi yang bisa mengancam jiwa serta lebih dari 500.000 ibu meninggal pada tahun 1995. Hampir 50% dari 210.000 terjadi kematian di negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk di Indonesia (Shodiqoh et al., 2014).

Seorang ibu dan janin merupakan sesuatu yang unik, sebagai kesatuan fisiologis, psikis dan sosial, setiap kebutuhan ibu dan janin tercukupi melalui proses fisiologis yang sama. Hal ini tidak hanya meliputi proses dalam kehidupan yang positif, hal negatif juga mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janinnya.

Pada masa kehamilan, perubahan fisik dan psikologis akan dialami oleh ibu hamil hal ini disebabkan karena adanya ketidakseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh ibu sehingga akan mempengaruhi fisik dan psikologis ibu.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Einsenberg pada tahun 1996 tentang kecemasan ibu hamil, bahwa sekitar 94% wanita mengalami kecemasan akan bayinya akan lahir normal, 93% khawatir dengan proses persalinan apakah akan selamat dan 91% khawatir tentang badan mereka sendiri. Gejala kecemasan dapat dikelompokkan dalam beberapa keadaan seperti sakit kepala, gelisah, gemetar, jantung berdebar-debar, pusing, berkeringat, sesak nafas, mulut kering dan sebagainya. maka dari itu dalam kematangan psikis dan jasmani hal yang sangat diperlukan yaitu ibu yang mampu menanggung beban selama kehamilan. Cara menghilangkan kecemasan ibu maka harus diterapkan kerjasama antara ibu dan tenaga kesehatan dengan memberikan informasi kepada ibu selama masa kehamilan.

Selain itu tingkat kecemasan pada ibu bersalin antara primigravida dan multigravida memiliki perbedaan hal ini dikarenakan pengalaman pertama pada primigravida sehingga lebih merasa cemas dibandingkan dengan ibu multigravida yang sudah memiliki pengalaman bersalin sebelumnya. Hal ini dijelaskan dalam penelitian oleh Shodiqoh pada tahun 2014 bahwa primigravida memiliki tingkat kecemasan yang tinggi dibandingkan ibu multigravida dan hal ini jelaskan oleh penelitian Indrawati (2007)

bahwa ibu primigravida umumnya mengalami kecemasan tinggi karena baru pertama kali melahirkan (Shodiqoh et al., 2014).

Penelitian pada hewan dan manusia menunjukkan bahwa kondisi yang membangkitkan kecemasan ibu dapat memperpanjang persalinan dan memiliki konsekuensi yang merusak bagi janin (Myers & Myers, 1979). Tinjauan literatur memberikan beberapa bukti bahwa pengukuran plasma epinefrin, norepinefrin, dan kortisol berhubungan dengan kemajuan dalam persalinan (Levinson & Shnider, 1979). Terutama terkait epinefrin dengan reseptor stimulasi adrenergik atau penghambatan aktivitas rahim, norepinefrin dikaitkan dengan stimulasi reseptor adrenergik atau peningkatan kontraktilitas uterus yang mungkin atau tidak mungkin terkoordinasi dan fungsional. Sementara epinefrin dan norepinefrin meningkatkan nyeri, kecemasan, dan aktivitas fisik, ada bukti yang menunjukkan bahwa epinefrin dikaitkan dengan tingkat yang lebih besar dengan peningkatan kecemasan dan norepinefrin lebih terkait dengan peningkatan aktivitas fisik (Dimsdale & Moss, 1980). Kadar kortisol plasma Lebih tinggi juga telah dikaitkan dengan persalinan lama dan terapi kortisol intravena efektif dalam menekan persalinan prematur.

Kepentingan yang sama atau lebih besar adalah kemungkinan efek penyerta dari kecemasan dan stres ibu pada kesejahteraan janin-bayi. Epinefrin dan norepinefrin memiliki efek vasokonstriktor yang dapat menurunkan aliran darah uteroplasenta ke janin (Rosenfeld et al., 1976). Dalam penelitian terhadap wanita primipara, kami menemukan hubungan yang signifikan antara kecemasan dan plasma epinefrin pada awal persalinan aktif. Tingkat epinefrin yang lebih tinggi secara signifikan memprediksi aktivitas kontraktil uterus yang lebih rendah dan periode persalinan yang lebih lama dari 3 sampai 10 cm dari dilatasi serviks. Ukuran laporan kecemasan diri yang diberikan selama persalinan dan kadar epinefrin plasma juga secara signifikan terkait dengan pola denyut jantung janin dalam persalinan. Tidak pasti bahwa hubungan ini juga berlaku untuk multigravida pasien, yang mengalami durasi persalinan yang lebih pendek dibandingkan pasien primipara dan yang mungkin memiliki hasil positif atau ingatan negatif tentang peristiwa persalinan sebelumnya (Lederman et al., 1985).

## **Faktor Penyebab Gangguan Psikologis atau Kecemasan pada Ibu Bersalin dan Cara mengatasinya**

Gangguan psikologis apda masa persalinan bermacam-macam. Masing-masing wanita memiliki kepribadian yang unik dan mewarnai proses kelahiran bayinya. Hal ini yang mengandung arti menonjolkan kepasifan atau keaktifan pada saat proses persalinan.

Keadaan emosional pada ibu bersalin akan sangat mempengaruhi adanya rasa sakit dan rasa tidak enak selama persalinan berlangsung. Terutama pada primigravida dan pertama dirawat di rumah sakit. Sebelum proses bersalin disarankan untuk menegnal ruang bersalin terlebih dulu dari segi fasilitas dan tenaga pelayanan yang ada.

### **Nyeri**

Sebagian besar wanita mengalami dan merasakan nyeri pada saat persalinan, tetapi setiap wanita merespon nyeri dengan berbeda-beda. Nyeri merupakan suatu pengalaman yang berbeda yang dirasakan seseorang. Pada kala 1 nyeri yang dialami karena perasaan tidak nyaman dan sakit saat terjadinya kontraksi saat pembukaan 1 sampai pembukaan lengkap.

Nyeri dapat menyebabkan stres. Katekolamin yang dilepaskan oleh stres alan menyebabkan aliran darah yang mengalir ke uterus berkurang sehingga oksigen pada uterus sedikit. Dua komponen penyebab nyeri yaitu faktor fisiologis dan psikologis. Menurunkan nyeri menurut psikologis akan menurunkan tekanan dari luar ibu dan janin. Penurunan kesulitan yang dilakukan oleh ibu untuk berinteraksi setelah bayi lahir disebabkan karena ibu mengalami kelelahan saat merasakan nyeri persalinan. Hal seperti ini adalah peristiwa yang tidak menyenangkan saat akan persalinan dna dapat mempengaruhi respon pada aktivitas seksual untuk yang akan datang.

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri yang dialami oleh ibu yang akan bersalin diantaranya sebagai berikut :

#### **1. Hypnobirthing**

*Hypnobirthing* merupakan salah satu inovasi dalam asuhan sayang ibu. *Hypnobirthing* menggunakan cara hipnosis yang merupakan salah satu manajemen dalam menurunkan nyeri secara non farmakologis yang telah

dikenal di dunia kesehatan yang digunakan sebagai imajinasi yang telah diarahkan dan berkembang menjadi hipnosis (Yuseva Sariati, Era Nurisa Windari, 2016).

Hipnosis sendiri merupakan bentuk pernyataan tubuh dan pikiran seseorang untuk proses penyembuhan seperti mengurangi rasa nyeri pada ibu bersalin. Pada masa lalu catatan mengenai hipnosis ditemukan di kuil Mesir kuno dengan melakukan induksi pada pasien dengan tidur dengan menggunakan sugesti selama masa perawatan. Pada saat ini perlakuan hipnosis dalam ilmu kebidanan menjadi tren dalam proses persalinan yang disebut dengan *hypnobirthing*.

Di Amerika Serikat pada beberapa bagian telah mengembangkan adanya metode *hypnobirthing* sebagai salah satu metode non farmakologis. Dalam mengurangi rasa nyeri, panik, takut, cemas metode ini merupakan metode alamiah yang bisa diterapkan pada masa kehamilan dan persalinan. Metode ini di percaya dapat memberi banyak manfaat dalam melatih ibu untuk rileks dan bersikap tenang serta stabil pada saat persalinan. Disebutkan bahwa tujuan *hypnobirthing* yaitu menghadapi persalinan dengan nyaman, aman dan menghilangkan rasa sakit dan nyeri persalinan tanpa menggunakan obat apapun.

Berdasarkan mitos *hypnobirthing* dapat mengeksplorasi rasa sakit pada ibu yang merupakan proses yang wajar dialami dan hal itu dibutuhkan saat melahirkan secara normal. Pada saat ibu akan menghadapi persalinan bebas dari rasa cemas dan takut maka otot pada rahim akan mengalami relaksasi sehingga proses persalinan akan mudah dan cepat serta ibu bisa terbebas dari stres.

Pemberian latihan *hypnobirthing* pada ibu bersalin akan mencapai pembukaan lengkap dengan cepat dibanding dengan ibu tanpa latihan *hypnobirthing*. Manfaat *hypnobirthing* juga akan dirasakan sampai pada masa postpartum karena pemberian *hypnobirthing* pada saat persalinan akan menyebabkan adanya ketenangan pada psikologis ibu dan ibu akan dengan mudah beradaptasi dengan keadaan saat masa nifas dan menyusui.

Menurut penelitian, 75% dari 118 ibu bersalin mengalami kecemasan yang sangat tinggi pada saat kala I aktif. Ibu bersalin tersebut mengatakan bahwa mereka merasa takut saat masa kehamilan dan proses persalinan yang akan dihadapinya hal ini berlaku pada ibu primigravida dan multigravida.

*Hypnobirthing* yang mulai dilatih pada saat kehamilan dapat membantu meredakan dan menurunkan tingkat kecemasan yang dirasakan ibu. *Hypnobirthing* dapat membuat otot-otot pada ibu hamil rileks dan ibu merasa terbebas dari rasa kecemasan sehingga ibu lebih tenang dan rileks pada saat persalinan.

Teknik *hypnobirthing* adalah salah satu cara yang dapat diterapkan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas untuk mendapat ketenangan saat menghadapi kehamilan dan persalinan. Metode ini dapat diajarkan pada ibu hamil sebagaimana intervensi bidan dengan metode manajemen kecemasan yang lain. Pada peran bidan sebagai *health education* bidan dapat menerapkan keterampilan teknik *hypnobirthing* kepada pasien. Jumlah tenaga kesehatan terutama bidan desa sangat terbatas, dengan keterbatasan jumlah bidan di desa dapat mempengaruhi dalam penyampaian informasi baru pada proses kehamilan dan persalinan sehingga penyampaiannya tidak maksimal.

Pada penelitian (Yuseva Sariati, Era Nurisa Windari, 2016) penggunaan teknik *hypnobirthing* dapat menurunkan tingkat kecemasan dengan baik pada persalinan normal baik kala I, II dan kala III. Tingkat nyeri yang dirasakan ibu bersalin bisa lebih rendah dengan penggunaan teknik *hypnobirthing*. Selain itu kontraksi lebih teratur dibandingkan menggunakan metode lain.

Peran bidan pada ibu bersalin dengan rasa empati yang tinggi sangatlah berarti, dari keluhan dan kebutuhan yang ditanggapi oleh bidan dengan baik oleh bidan akan memberikan efek yang baik pada psikologis ibu bersalin. Maka dari itu pemberian penjelasan dengan baik oleh bidan diperlukan dalam proses persalinan.

Melain itu, peran suami yang telah memahami proses persalinan akan membantu bila berada di samping ibu yang sedang bersalin dalam menghadapi rasa sakit dan takut yang pada proses persalinan. Pengurangan rasa sakit (*pain relief*) dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain sebagai berikut:

- Berdasarkan hasil penelitian, pemberian dukungan fisik, emosional dan psikologis selama persalinan akan dapat membantu mempercepat proses persalinan dan membantu ibu memperoleh kepuasan saat melewati proses persalinan.

- Metode dalam mengurangi rasa nyeri dalam bentuk dukungan yang dilakukan secara terus menerus harus dipilih karena bersifat sederhana, biaya rendah, resiko rendah, membantu kemajuan persalinan, hasil kelahiran bertambah baik dan bersifat sayang ibu.

## 2. Kompres Panas

Dengan melakukan kompres panas atau dingin kemudian sentuhan dan pemijatan ringan dengan remasan, pijatan melingkar yang halus dan ringan (pemijatan dalam kategori rangsangan dan sentuhan ringan dan halus).

Kompres dapat dilakukan dengan menggunakan handuk panas, silika gel yang telah dipanaskan, kantong nasi panas atau botol yang telah diisi air panas. Dapat juga langsung dengan menggunakan shower air panas langsung pada bahu, perut atau punggung jika ibu merasa nyaman. Kompres panas dapat meningkatkan suhu lokal pada kulit sehingga meningkatkan sirkulasi pada jaringan untuk proses metabolisme tubuh. Hal tersebut dapat mengurangi spasme otot dan mengurangi nyeri

Indikasi pemberian kompres panas : Saat yang tepat pemberian kompres panas, yaitu saat ibu mengeluh sakit atau nyeri pada daerah tertentu, saat ibu mengeluh adanya tanda - tanda ketegangan otot saat ibu mengeluh ada perasaan tidak nyaman. Kompres panas tidak diberikan pada ibu dalam keadaan demam dan disertai tanda - tanda peradangan lain, mengompres daerah yang mengalami peradangan (ditandai dengan bengkak, panas, dan merah) dapat memperluas peradangan, atau kompres panas tidak dilakukan jika petugas takut dengan kemungkinan terjadinya demam akibat kompres hangat.

## 3. Kompres Dingin

Cara pemberian kompres dingin yaitu dengan meletakkan kompres dingin butiran es dengan menggunakan handuk basah dan dingin, sarung tangan karet yang diisi dengan butiran es, botol plastik dengan air es pada punggung atau perieum. Selain itu kompres dingin dapat digunakan pada wajah ibu yang bengkak, tangan dan kaki serta dapat diletakkan pada anus untuk mengurangi nyeri haemorrhoid pada kala II. Kompres dingin sangat berguna untuk mengurangi ketegangan otot dan nyeri dengan menekan spasme otot (lebih lama daripada kompres panas) serta memperlambat proses penghantaran rasa sakit dari neuron ke organ. Kompres dingin juga mengurangi bengkak dan mendinginkan kulit. Kompres dingin diberikan

pada kondisi nyeri punggung, rasa panas saat inpartu, hemoroid yang menimbulkan sakit. Setelah persalinan, kompres dingin dapat digunakan pada perineum. Kompres dingin tidak diberikan pada saat ibu menggigil atau jika ibu mengatakan tidak ada perubahan dengan kompres panas dan menimbulkan iritasi.

#### 4. *Massage*

Persalinan merupakan suatu pengalaman yang menegangkan bagi setiap wanita dengan arsa lelah, sakit, cemas dan takut serta suasana hati yang negatif pada saat persalinan akan meningkat . nyeri pada persalinan bersifat akut dan akan meningkat dengan cepat karena emosi yang cukup besar terlibat, pose merupakan masalah utama penghilang rasa sakit (Harrison et al., 1986). Aneka analgesik dapat digunakan, tetapi efek samping pada wanita dalam persalinan dan fenomena multidimensi lainnya menunjukkan bahwa analgesia saja mungkin tidak dapat mengelola rasa sakit secara memadai (Mobily et al., 1994) . Rasa sakit dapat mendorong penderitanya untuk mencari kontak yang menenangkan dan untuk mencegah sentuhan yang mengganggu. Modalitas kontak yang tepat dapat membantu menghilangkan rasa sakit dan dengan demikian membantu mempertahankan rasa keutuhan dalam batas tubuh.

Dalam budaya Cina, 'reen' (Mandarin, yang berarti toleransi atau kesabaran) adalah kebajikan tradisional. Dalam sebuah pepatah Cina sering digunakan pada wanita di Taiwan yang menjalani persalinan adalah 'Jika Anda ingin menjadi orang terbaik, Anda' harus menderita yang paling pahit dari yang pahit', sehingga biasanya mereka tidak meminta penghilang rasa sakit. Sebagai analgesik tambahannya, perilaku yang menenangkan diri dan yang diprakarsai oleh perawat tentang langkah-langkah kenyamanan adalah salah satu cara di mana nyeri persalinan dapat dikelola.

Pijat adalah teknik kuno yang telah banyak digunakan selama persalinan. Itu dianggap berhasil dengan baik sehingga impuls rasa sakit ke otak dapat diblokir dengan meningkatkan A-fibre transmisi, atau dengan merangsang pelepasan endorfin lokal. Tekanan dari pijat yang dilakukan bisa mendahului pemrosesan rangsangan yang menyakitkan karena tekanan serat lebih panjang dan lebih bermielin, dan karena itu relai sinyal ke otak lebih cepat daripada serat nyeri.

McCaffery dan Beebe (1989) merangkum manfaat potensial dari pijat sebagai penurunan intensitas nyeri, meredakan kejang otot, meningkatkan aktivitas fisik, mengalihkan perhatian dari rasa sakit, meningkatkan relaksasi umum, mengurangi kecemasan, dan dalam beberapa kasus karakter rasa sakit mungkin hanya berubah menjadi sensasi yang lebih dapat ditoleransi, karena misalnya, perubahan dari nyeri tajam menjadi nyeri tumpul. Sebagai tambahan, pijat dapat memperkuat hubungan perawat-pasien dalam menyampaikan kepedulian melalui fisik yang dapat diterima secara kontak sosial.

Pijat adalah cara ideal untuk melibatkan keluarga dan teman-teman yang sebaliknya akan merasa tidak berdaya atau yang ingin melakukannya sesuatu untuk seorang wanita selama persalinan (McCaffery & Beebe 1989). Hal ini membantu untuk menyampaikan perhatian, simpati, dorongan, penerimaan, dukungan, partisipasi, kompetensi dan kenyamanan dalam praktik keperawatan/kebidanan dan karena diyakini dapat mengurangi rasa sakit, merupakan intervensi penting (Weaver 1900, Birch 1986, Fraser & Kerr 1993, Malkin 1994).

Sayangnya, ada beberapa studi terkontrol yang sebenarnya mengukur parameter psikososial selama persalinan. (Field et al., 1997) menyelidiki penggunaan pijat pada kepala, bahu, punggung dan kaki oleh pasangan pada pembukaan serviks sekitar 3-5 cm ditemukan bahwa ibu yang menerima pijat selama 20 menit melaporkan mengalami penurunan kecemasan, nyeri dan aktivitas yang gelisah, serta pengaruh yang lebih positif dan tenaga kerja yang lebih pendek. Selanjutnya, adanya dukungan individu dapat meredakan gejala kecemasan dan mengurangi tingkat nyeri (Mobily et al., 1994).

Teori Kontrol Gerbang mengusulkan mekanisme gerbang di sumsum tulang belakang dan dapat menjelaskan efek pijatan yang terlihat. Gerbang dianggap terbuka ketika ditingkatkan aktivitas dari serabut saraf berdiameter kecil mentransmisikan rasa sakit impuls ke sumsum tulang belakang dan otak. Pijat atau tekanan adalah aktivitas yang mengaktifkan serat berdiameter besar dapat menutup gerbang, sehingga menghambat transmisi rasa sakit.

Kemungkinan lain adalah bahwa pijat mungkin meningkatkan kadar endorfin (*opioid endogen*) sehingga mengurangi rasa sakit. Berdasarkan

pada penilaian subjektif wanita dalam penelitian, efek pijatan dapat dikategorikan sebagai penghilang rasa sakit ('Meskipun rasa sakit masih ada, pijatan mempromosikan kenyamanan') dan secara psikologis mendukung ('Pijat membuat saya merasa bahwa seseorang sedang berbagi penderitaan saya). Taktil stimulasi juga dapat meningkatkan aktivitas vagal, yang pada gilirannya akan menurunkan gairah fisiologis dan tingkat hormon stres (kortisol). Selain itu, perasaan yang terkait dengan kepedulian dan bentuk pijat empatik dapat mempengaruhi pusat otak yang lebih tinggi, lebih lanjut lagi dapat mempengaruhi persepsi pada nyeri nyeri.

Dijelaskan dalam studi Field tentang pijat ketika wanita berada pada pembukaan 3-5 cm pada dilatasi serviks dilaporkan rasa sakit dan kecemasan menurun (Field et al., 1997). Pengaruh fisik dan psikologis dari pijat pada pengalaman persalinan pasangan sangat positif. Dari metode nonfarmakologi, pijat merupakan salah satu teknik yang efektif, teknik non-invasif yang digunakan untuk mempromosikan relaksasi dan meningkatkan komunikasi dengan wanita dalam persalinan. Karena pijat membutuhkan kehadiran orang terdekat, yang mungkin akan mendapat efek yang menguntungkan, karena dukungan emosional yang didapat secara terus menerus.

Sentuhan fisik bidan memengaruhi reaksi wanita terhadap rasa sakit, membuatnya merasa lebih aman dan lebih tenang, dan meningkatkan kesejahteraannya selama persalinan. Akibatnya, pijat berpotensi meningkatkan hubungan antara perawat/bidan dan ibu bersalin, serta antara pasangan. Sentuhan dan pijatan dapat menyampaikan perhatian, keamanan, kedekatan dan dorongan, dan pada saat yang sama berfungsi sebagai intervensi psikososial (M.-Y. Chang et al., 2002).

## 5. **Senam Hamil**

Senam hamil adalah salah satu cara dalam pelayanan antenatal yang dapat diberikan kepada ibu hamil untuk mengatasi nyeri dan kecemasan dalam persiapan persalinan. Bila diperhatikan secara mendalam, banyak gerakan dalam senam hamil yang bisa digunakan sebagai relaksasi yang berguna untuk menstabilkan emosi pada ibu hamil. Berdasarkan tiga komponen latihan peregangan otot, penguatan, dan latihan pernafasan dan latihan relaksasi, dalam senam hamil ada metode relaksasi yang bisa

diterapkan seperti teknik pernafasan untuk relaksasi otot-otot dan progresif. Latihan relaksasi ini dapat dilakukan dengan latihan pernafasan perut atau biasa disebut dengan abdominal breathing atau belly breathing dengan cara saat menarik napas usahakan perut naik dan saat menghembuskan napas maka otot perut mengempis. Apabila diterapkan dengan benar relaksasi pernafasan perut ini bisa menimbulkan efek yaitu adanya relaksasi pada ibu sehingga mengurangi tekanan dan ketegangan serta kecemasan pada masa kehamilan dan persalinan. Hal ini telah dibuktikan pada penelitian yang dilakukan oleh Davies (1991) bahwa latihan relaksasi bisa dilakukan dengan berbagai cara seperti relaksasi otot dan progresif.

Latihan ini pada aspek fisiologis dapat menghilangkan efek stres pada bagian saraf parasimpatik di saraf pusat. Relaksasi ini akan menghambat peningkatan pada saraf simpatik, sehingga disregulasi pada hormon akan berkurang. Pada sistem saraf parasimpatik akan terjadi perlambatan di kerja-kerja alat internal dalam tubuh. Akibatnya akan terjadi penurunan detak jantung, detak jantung, tekanan darah, irama pada nafas, dan ketegangan pada otot serta mempengaruhi tingkat metabolisme dan produksi hormon stres. Dengan menurunnya hormon stres akan mempengaruhi badan agar lebih berenergi dan lebih sehat sehingga akan ada proses penyembuhan, penguatan serta peremajaan. Maka ibu hamil bisa merasa lebih rileks dan bisa menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil.

Berdasarkan penelitian oleh (Wulandari, 2006), bukti bahwa senam hamil memiliki dampak yang positif pada psikologis ibu hamil. Dalam tiga komponen terdapat efek yang bisa didapatkan yaitu efek relaksasi pada pernafasan dan otot ibu hamil. Sehingga selama hamil bisa mempengaruhi proses kehamilannya dengan melakukan latihan yang rutin pada teknik pernafasan maka nafas ibu akan teratur dan lebih panjang dan akan mempermudah mengejan pada proses persalinan.

Selain itu latihan eregangan pada otot-otot dan penguatan otot dalam mempersiapkan persalinan akan mengurangi ketegangan dan kecemasan pada ibu sehingga efek psikologis pada kehamilan bisa ditangani dengan baik dengan adanya proses latihan pada ibu selama masa kehamilan (Wulandari, 2006).

## 6. Penggunaan Aromaterapi

### a. Aromaterapi Lavender

Selama persalinan, emosi yang saling bertentangan hadir. Ketakutan dan kegelisahan yang dapat digabungkan denganantisipasi dan kegembiraan. Kecemasan dan ketakutan adalah faktor yang berkontribusi terhadap persepsi wanita tentang rasa sakit dan juga dapat mempengaruhi pengalaman persalinan dan kelahiran (Manizheh & Leila, 2009). Ketakutan akan rasa sakit selama melahirkan adalah salah satu alasan utama yang membuat wanita lebih memilih operasi caesar. Dalam sebuah hasil penelitian yang dilaporkan di Iran, 37,2% wanita memilih operasi caesar karena kecemasan dan ketakutan akan nyeri persalinan (Mohammad et al., 2010). Selain itu, jika nyeri persalinan tidak terkendali, ibu dapat menghadapi risiko tertentu seperti perasaan takut, cemas, tidak berdaya, dan kehilangan kontrol selama proses melahirkan (Simkin, 2011). Nyeri persalinan dan kehilangan kontrol adalah dua faktor yang paling sering mengutip pengalaman melahirkan yang tidak menyenangkan yang mungkin secara langsung mempengaruhi kepuasan wanita tentang persalinan (Lee et al., 2013). Selain itu, kecemasan adalah gangguan psikologis yang paling umum sebagai respon wanita terhadap persalinan. Faktanya, 80% wanita dalam proses persalinan memiliki kecemasan. Menurut teori kontrol, ada hubungan antara rasa sakit dan masalah psikologis seperti kecemasan (Holm & Fitzmaurice, 2008; Spice et al., 2009). Wanita dengan tingkat kecemasan yang lebih rendah memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah pada nyeri selama persalinan. Dengan kata lain, dengan adanya kecemasan, dasar panggul dan otot perineum akan kejang parah sehingga dapat menyebabkan peningkatan nyeri persalinan (Alipour et al., 2012).

Dilaporkan juga bahwa persalinan lama dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu, termasuk laserasi perineum, perdarahan postpartum, infeksi persalinan dan operasi caesar. Hal itu juga dapat menyebabkan hipoksia keturunan dan komplikasi (Li et al., 2011). Manajemen keperawatan nyeri persalinan adalah tujuan utama dari perawatan intrapartum. Ada banyak metode non-invasif modern untuk menghilangkan rasa sakit saat melahirkan. Diantaranya

metodenya adalah aromaterapi. Penggunaan aromaterapi dalam asuhan keperawatan terus menjadi populer yang paling banyak ditemukan pada literatur keperawatan berkaitan dengan penggunaan minyak esensial dalam dosis rendah untuk pijat atau penggunaan minyak sebagai wewangian. Pada tingkat fisiologis, intervensi ini meningkatkan endorfin, merangsang saraf yang menurunkan rasa sakit, meningkatkan sirkulasi dan meningkatkan aliran darah dan oksigenasi jaringan (Cochrane, 2015; Jones et al., 2011; Maddocks-Jennings & Wilkinson, 2004) Issue 5.

Aromaterapi adalah “ilmu menggunakan konsentrasi tinggi” minyak atsiri atau esens yang disuling dari tanaman untuk memanfaatkan sifat terapeutik mereka.” Minyak mungkin dipijat ke kulit, atau dihirup dengan menggunakan infus uap. Aplikasi aromaterapi yang paling umum selama persalinan adalah dengan pijat, mandi atau inhalasi (Kaviani et al., 2014; Mi et al., 2004). Namun, minyak lavender umumnya digunakan dalam aromaterapi. Minyak lavender adalah minyak esensial serbaguna yang luar biasa. Karena sifat analgesiknya dapat digunakan untuk meringankan rasa sakit dalam kondisi yang berbeda seperti mengganti pembalut, perawatan paliatif, mengontrol nyeri persalinan serta nyeri kronis. Komponen *linalyl acetate* dari lavender dapat menyebabkan rileks pada otot (Abdel-Hamed Metawie, 2015)

Minyak esensial lavender juga memiliki efek menenangkan yang luar biasa. Menghirup aroma lavender dapat mengurangi sekresi kortisol dari kelenjar adrenal dan menghasilkan relaksasi dengan menghambat aktivitas simpatis dan merangsang sistem parasimpatis (Nategh et al., 2015). Tidak ada penelitian atau bukti yang diterbitkan yang menunjukkan bahaya dari minyak esensial ke ibu atau janin. Ketika aroma pijat diterapkan di atas kulit dan masuk ke dalam aliran darah melalui pori-pori kulit, memberikan rasa sejahtera dan metode pereda nyeri yang dapat mengurangi kebutuhan untuk invasif (Janula & Mahipal, 2015).

Dilaporkan dalam sebuah penelitian bahwa aromaterapi membantu menghilangkan rasa sakit, kecemasan, depresi, kelelahan dan menciptakan kepercayaan diri dan kreativitas (Tournaire & Theau-Yonneau, 2007).

Dari hasil penelitian, dijelaskan bahwa pijat aromaterapi dengan minyak lavender dapat mengurangi nyeri persalinan dan kecemasan selama persalinan. Selain itu, cara ini efektif untuk mengurangi durasi kerja. Sebagian besar wanita puas dengan intervensi ini. Cara ini dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan selama persalinan dengan mengurangi penderitaan wanita dalam persalinan (Mansour Lamadah, 2016).

b. Aromaterapi *Rosa damascena*

*Rosa damascena* digunakan dalam pengobatan herbal untuk beberapa tujuan (Simkin & Bolding, 2004). Dilaporkan memiliki relaksan, antitusif, hipnotis, antioksidan, antibakteri dan efek anti-diabetes. Beberapa komponen diisolasi dari bunga, kelopak dan pinggul *R. damascena*. Komponen utama minyaknya adalah phenylethyl alcohol, citrenellol, nonadecane, geraniol, ethanol, nonadecane, geraniol, nerol, heneicosane dan kaempferol (Boskabady et al., 2011). Fungsi obat *R. damascena* adalah terutama disebabkan oleh senyawa fenolik yang memiliki berbagai macam aktivitas efek farmakologis, seperti antioksidan, pemulung radikal bebas, antikanker, anti-inflamasi, antimutagenik dan antidepresan (Hongratanaworakit, 2009).

Esensi *R. damascena* digunakan dalam aromaterapi dan dihasilkan dari penyulingan kelopak bunga herbal (Boskabady et al., 2011). Esensinya juga memiliki efek anti-spasmodik, analgesik, dan anti-inflamasi yang menyebabkan berkurangnya rasa sakit (Boskabady et al., 2011; Özkan et al., 2004). Ini memiliki efek anti-depresan, dan itu dibuktikan efektif pada gejala pramenstruasi serta depresi postpartum (Boskabady et al., 2011). Studi telah menunjukkan tidak ada efek samping tertentu dalam penggunaan esensi *R. damascena* (Marofi et al., 2015). Ternyata menggunakan saripati *R. damascena* juga bisa efektif mengurangi kecemasan tanpa efek samping bagi ibu dan bayi. Berkenaan dengan aksesibilitas, keterjangkauan dan popularitas dari *R. damascena* di Iran, aromaterapi dapat menjadi alternatif obat sintetis yang digunakan selama persalinan untuk mengurangi rasa sakit dan kecemasan. Dengan demikian dapat mempromosikan persalinan normal pervaginam dan bertindak sebagai langkah efektif dalam mengurangi tingkat operasi caesar.

Dari studi pertama tentang efek R. damascena pada keparahan nyeri dan kecemasan selama tahap pertama persalinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aromaterapi dengan R. damascena mampu menurunkan nyeri persalinan. Efek ini dikaitkan dengan stimulasi neurotransmitter yang menyebabkan penurunan rasa sakit dan peningkatan relaksasi (Burns et al., 2000) public organizations have invested considerable resources in the implementation of Enterprise Resource Planning (ERP). Sesuai dengan ini, 2-feniletil alkohol yang ditemukan di R. damascena telah terbukti menjadi penghambat sinyal rasa sakit yang memblokir reseptor rasa sakit dan mengurangi nyeri persalinan. Selain itu, beberapa komponen R. damascena, seperti geraniol, citrenellol, nerol dan 2-fenil etil alkohol, juga diketahui memiliki anti-spasmodik, analgesik, antiinflamasi, relaksan dan efek opioid yang dapat menyebabkan penurunan nyeri persalinan (Boskabady et al., 2011).

Dengan demikian, didalilkan bahwa tidak hanya aromaterapi dengan R. damascena, tetapi juga pijat terapi dengan minyak esensial R. damascena efektif pada dismenore [14,28-30]. Kelihatannya bahwa pijat dapat meningkatkan efek aromaterapi pada dismenore, tetapi tidak mudah untuk digunakan selama persalinan. R. damascena juga dilaporkan berguna untuk pengaturan menstruasi dan mengurangi perdarahan menstruasi (Y. J. Kim et al., 2011). Oleh karena itu, dapat didalilkan bahwa R. damascena efektif terhadap rasa sakit yang berasal dari rahim, seperti dismenore, nyeri persalinan dan mungkin rasa sakit postpartum.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa aromaterapi dengan R. damascena menurunkan kecemasan selama persalinan. Ini temuan ini konsisten dengan hasil penelitian lain (Kheirkhah et al., 2014; Nikfarjam et al., 2016). Aromaterapi mampu merangsang jalur limbik dan hipotalamus yang menyebabkan penurunan pelepasan hormon kortikotropin, pengurangan pelepasan kortikotropin dari hipofisis dan akibatnya kortisol dari kelenjar adrenal, yang semuanya berkontribusi pada penurunan kecemasan (Mansour Lamadah, 2016).

Aromaterapi dengan minyak mawar mampu mengurangi kecemasan dan meningkatkan perasaan aman, nyaman, dan kepuasan

dengan mengurangi stimulasi sistem saraf simpatik. *R. damascena* adalah anti-depresan dengan efek relaksasi (Mohebitabar et al., 2017). Dua komponen utama *R. damascena* termasuk geraniol dan citrenelol. Melalui reseptor serotonin-dopamin dari sistem saraf senyawa ini membantu mengurangi stres dan kecemasan. Belum ada penelitian tentang efek geraniol dan citrenelol pada kecemasan selama persalinan. Namun, sebuah studi tentang efek *R. damascena* pada depresi yang diinduksi pada tikus menunjukkan bahwa *R. damascena* meningkatkan antioksidan dan menurunkan lipid peroksidase, sehingga mengurangi stres oksidatif pada depresi. Studi lain menunjukkan efek anti-kecemasan, anti-kejang dan relaksasi yang bergantung pada dosis dari *R. damascena* (Kheirabadi et al., 2008). Ini dikaitkan dengan stimulasi sistem limbik oleh molekul yang dihirup dan efek langsungnya dari modulasi perasaan dan ingatan, yang mengarah pada penurunan kecemasan.

Selanjutnya, ada hubungan langsung antara rasa sakit dan kecemasan, sehingga mengurangi keparahan nyeri mengarah ke pengurangan kecemasan. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok mengenai jumlah dan durasi kontraksi rahim ini konsisten dengan penelitian sebelumnya oleh (Kheirkhah et al., 2014). Hasil juga tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok mengenai skor Apgar dan cara pengiriman, menunjukkan bahwa *R. damascena* sebagai alternatif yang aman untuk rasa sakit dan pengurangan kecemasan tanpa konsekuensi apapun selama persalinan.

c. Aromaterapi Minyak Esensial Jeruk

Persalinan dianggap sebagai kondisi stres pada ibu hamil. wanita yang mungkin memiliki konsekuensi negatif seperti seperti insufisiensi uteroplasenta dan angina. Mungkin mengganggu kontraksi dan perkembangan tenaga kerja otot rahim. Telah terbukti bahwa stres dan kecemasan meningkatkan masuknya kalsium dan natrium ke dalam sel yang mempercepat denyut jantung dan mengubah parameter fisiologis. Pada wanita hamil, kondisi tersebut di atas menyebabkan lead insufisiensi uteroplasenta dan hipoksia janin. Berbagai metode tersedia untuk menangani kecemasan wanita selama persalinan. Aromaterapi dikenal sebagai salah satu metode yang efektif untuk

mengurangi kecemasan (M. Kim et al., 2010). Aromaterapi habeen dilaporkan mengurangi kecemasan orang yang berbeda seperti sebagai mahasiswa keperawatan menghadapi pengalaman klinis pertama mereka, perawat selama kondisi darurat, dan pasien hemodialisis.

Beberapa penelitian telah menunjukkan dampak aromaterapi untuk menghilangkan kecemasan selama persalinan (Burns et al., 2000)public organizations have invested considerable resources in the implementation of Enterprise Resource Planning (ERP). Penelitian telah menunjukkan bahwa aroma jeruk adalah aroma yang cocok untuk mengurangi kecemasan (Lehrner et al., 2000, 2005) Karena kurangnya studi tentang efek aromaterapi terhadap kecemasan ibu saat persalinan, penelitian ini bertujuan untuk menyelidiki efek aromaterapi menggunakan minyak esensial jeruk pada kecemasan wanita selama persalinan.

Berdasarkan hasil penelitian ini, disimpulkan aroma jeruk itu mungkin berguna di unit persalinan untuk membantu wanita yang mengalami tahap stres dalam hidup mereka (persalinan) dalam mengurangi kecemasan dan ketegangan mereka (Rashidi-Fakari et al., 2015).

d. Aromaterapi Minyak Citrus Aurantium

Minyak atsiri *C. aurantium* banyak digunakan dalam aromaterapi. Selain itu, minyak neroli, cairan pahit beraroma kuat, dihasilkan dari penyulingan air dari bunga *C. aurantium* atau pohon jeruk yang baru dikumpulkan. Minyaknya adalah berwarna kuning, tetapi berubah menjadi merah dalam cahaya (Bent et al., 2004; De Moraes Pultrini et al., 2006). Menurut literatur yang tersedia, minyak esensial *C. aurantium* merangsang sistem saraf pusat, meningkatkan suasana hati, menurunkan tekanan darah, dan memiliki efek sedatif, analgesik, anti-inflamasi, antispasmodik, karminatif, pencernaan, dan diuretik. Uji klinis juga melaporkannya memiliki efek antidepresan, mirip dengan fluoksetin (D'Alessio et al., 2013; Fugh-berman, n.d.). Flavonoid ditemukan di sebagian besar senyawa alami. Mereka diperlukan untuk sel-sel tubuh vertebrata (Hertog et al., 1993) dan memiliki banyak sifat farmakologis. Karena mereka menghambat oksidasi protein molekul berat badan rendah dan akumulasi trombosit dan berkontribusi pada stabilitas sel

kekebalan, mereka memiliki aplikasi di pengobatan gangguan mental, infeksi virus, peradangan, dan alergi (Pietta, 2000). Selanjutnya, flavonoid bertindak sebagai agonis reseptor benzodiazepin dan dengan demikian dapat mengurangi kecemasan (Shabani et al., 2011).

Berbeda dengan temuan kami, dalam perbandingan antara kemanjuran terapi musik dan aromaterapi sendiri dan dalam kombinasi, Holm dan Fitzmaurice menyarankan bahwa menghirup minyak jeruk tidak berpengaruh secara signifikan pada tingkat kecemasan anak-anak yang dirawat di bangsal darurat. Mereka membenarkan temuan tersebut dengan aplikasi minyak yang tidak tepat; yaitu mereka menggunakan diffuser listrik untuk membubarkan minyak, tetapi sebagian besar pasien gagal merasakan aromanya. Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan bahwa diffuser yang berbeda atau jumlah minyak jeruk yang lebih tinggi mungkin telah diperlukan. Selain itu, sistem pendingin udara rumah sakit bisa saja menurunkan kekuatan aroma. Rupanya, aromaterapi tidak bisa berhasil dalam kondisi seperti itu. Aurantium dalam mengurangi kecemasan dan kemungkinan mekanisme biokimia terlibat. Studi saat ini mengkonfirmasi aromaterapi dengan minyak bunga *C. aurantium* sebagai bahan sederhana, murah, dan intervensi non-invasif untuk mengurangi kecemasan selama persalinan. Kami tidak menemukan penelitian yang berhubungan dengan efek *C.*

Tinjauan Literatur *aurantium* pada kecemasan selama tahap pertama persalinan atau bahkan efek ansiolitik obat herbal ini pada manusia. Hanya beberapa penelitian yang melaporkan bahwa beberapa komponen serupa dari Jeruk dapat mengurangi kecemasan. Pada penelitian menunjukkan bahwa *C. aurantium* dapat mengurangi kecemasan persalinan. Hasil ini bisa memicu penggunaan obat herbal selama persalinan (Namazi et al., 2014).

## 7. Pijat Refleksi Kaki

Persalinan merupakan salah satu peristiwa penting dalam kehidupan yang dialami oleh seorang wanita. Hasil negatif dari peristiwa ini menyebabkan efek psikologis negatif bagi wanita dan keluarganya. Ketakutan akan nyeri persalinan adalah salah satu alasan terpenting mengapa wanita tidak menerima persalinan normal pervaginam. Partisipasi aktif ibu dalam

persalinan dapat menyebabkan penurunan angka sesar dan durasi persalinan tanpa efek yang merugikan baik pada ibu maupun janin (Zeno et al., 1992).

Salah satu faktor umum adalah ketakutan dan kecemasan karena kurangnya informasi atau informasi yang salah tentang persalinan. Selain itu, menghilangkan rasa takut dan cemas tidak hanya menyebabkan persalinan yang memuaskan tetapi juga meningkatkan motivasi untuk menciptakan hubungan ibu dan anak yang baik. Nyeri persalinan yang parah dapat menyebabkan gangguan psikologis jangka panjang, mengganggu kesehatan mental ibu dan mempengaruhi hubungan ibu-bayi secara negatif. Untuk alasan ini, pengendalian nyeri persalinan yang efektif seperti nyeri akut lainnya adalah tantangan sosial dan kesehatan yang paling penting. Pengurangan nyeri persalinan harus sedemikian rupa sehingga kesadaran ibu tidak terganggu dan ibu dapat membantu, tanpa efek samping janin atau gangguan dalam proses persalinan atau aliran darah uterus umbilikalis (Simkin, 2011).

Menurut penelitian, ketakutan dan kecemasan meningkatkan adrenalin dan noradrenalin yang bertindak berlawanan dengan oksitosin. Hal ini dapat mengganggu kontraksi uterus dan mengurangi durasi persalinan (Alehagen et al., 2005). Pijat refleksi dengan menurunkan adrenalin dan nor-adrenalin serta meningkatkan endorfin dan oksitosin dalam meningkatkan kontraksi dan aktivitas otot rahim dan dapat mempengaruhi durasi persalinan (Article, 2004). Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi frekuensi persalinan pervaginam alami lebih banyak dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian McNeill et al., menunjukkan bahwa dari segi jenis persalinan, tidak ada perbedaan statistik yang menyajikan dua kelompok refleksologi dan kontrol. Studi mereka bersifat retrospektif, tetapi lebih baik melakukan studi prospektif seperti itu. Hasil penelitian mengenai Apgar menunjukkan bahwa rerata skor Apgar pada menit pertama dan kelima setelah melakukan pijat refleksi pada kelompok intervensi lebih banyak dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dalam penelitian Valiani mereka menunjukkan bahwa skor Apgar secara signifikan lebih tinggi setelah pijat refleksi yang konsisten dengan hasil penelitian saat ini (Valiani et al., 2010). Namun hasil studi retrospektif McNeill menunjukkan bahwa penggunaan pijat refleksi selama persalinan tidak berpengaruh terhadap skor Apgar pada menit pertama dan kelima (McNeill et al., 2006).

Rasa sakit dan ketakutan yang terus-menerus dalam persalinan mempengaruhi sistem pernapasan, peredaran darah, endokrin dan aktivitas tubuh lainnya yang akan menyebabkan persalinan sulit dan sulit dan akibatnya akan meningkatkan frekuensi persalinan dengan instrumen dan sesar dan menurunkan skor Apgar (Valiani et al., 2010). Kesimpulannya, tampaknya refleksologi mengurangi kecemasan, intensitas nyeri persalinan dan durasi persalinan yang singkat dan meningkatkan persalinan pervaginam alami dan skor Apgar. Oleh karena itu, mengingat tingginya angka operasi caesar di dunia yang terutama karena ketakutan akan persalinan pervaginam, dengan menerapkan pijat refleksi sebagai metode yang mudah, murah dan non-invasif untuk mengurangi nyeri persalinan, angka tinggi operasi caesar di seluruh dunia dapat dikurangi (Hanjani et al., 2015)

## 8. **Terapi Musik**

Ketika seorang wanita menghadapi proses persalinan yang tidak diketahui untuk pertama kali, dia sering merasa cemas, karena menghadapi nyeri persalinan secara luas dipandang sebagai saat yang mencemaskan (Ayers & Pickering, 2005; Cheung et al., 2007) expectations of obstetric events, emotions, control, support, pain etc.. Meskipun tenaga kerja rasa sakit adalah paradoks yang kompleks, subjektif dan pengalaman pahit, itu tidak diinginkan dan juga aspek pengalaman persalinan yang paling tidak menyenangkan selama persalinan (Cheung et al., 2007; Lowe, 2002). Pengalaman wanita meningkatkan rasa sakit dan kecemasan saat melahirkan terutama untuk primipara (Ayers & Pickering, 2005; Cheung et al., 2007).

Selain itu, kecemasan yang tingkat tinggi juga dapat menyebabkan hasil negatif pada wanita yang menjalani operasi caesar (CS), termasuk konsumsi analgesik yang lebih tinggi, peningkatan tekanan darah (BP), peningkatan denyut jantung (HR), peningkatan kadar kortisol, penurunan respon imun, penyembuhan luka lebih lambat, dan risiko infeksi yang lebih tinggi (Anne Scott, 2004; Hepp et al., 2016) (Gorkem et al., 2016; Hepp et al., 2016; Scott, 2004). Oleh karena itu, tantangan bagi bidan adalah untuk mengurangi rasa sakit dan kecemasan dan membuat persalinan dan melahirkan sebagai pengalaman yang positif.

Selama berabad-abad, musik telah dikenal memiliki terapi efek pada tubuh dan pikiran (Lai et al., 2006). Terapi musik telah digunakan sebagai

tambahan untuk praktik keperawatan, sebagai alat tambahan untuk membantu pasien. Secara khusus, penerapan musik dalam manajemen nyeri telah menjadi populer dalam pengobatan dalam dua dekade terakhir (Browning, 2000). Selain itu, musik dapat mengubah persepsi rasa sakit melalui efek afektif (yaitu meningkatkan mood, meningkatkan relaksasi dan mengurangi kecemasan) dan efek kognitif (yaitu peningkatan kontrol dan gangguan) pada persepsi rasa sakit untuk modulasi nyeri (Menon & Levitin, 2005; Trout, 2004).

Musik yang paling tepat untuk reduksi kegelisahan secara khas memiliki 60-80 denyut/menit (yang mendekati detak jantung manusia), tempo lambat, nada tengah rendah, volume rendah dan berirama, sederhana dan melodi yang mantap (Schorr 1993). Durasi terapi musik berbeda dengan desain. Durasi 20–40 menit paling umum dalam banyak penelitian (M. Y. Chang et al., 2008; S. C. Chang & Chen, 2005; Marwick, 1996).

Musik adalah praktik penyembuhan kuno yang dapat menginspirasi jiwa serta meningkatkan kekebalan, membentuk terapi yang kuat (Lane, 1992). Lebih-lebih lagi, Intervensi musik memiliki efek dalam mengurangi nyeri, kecemasan, dan konsumsi analgesik dalam penelitian sebelumnya (Eleni et al., 2004; Siedliecki SL. Good M., 2006; Smolen et al., 2002). Dalam perawatan medis, intervensi musik mungkin termasuk: mendengarkan musik yang diprakarsai oleh pasien, pengobatan musik (mendengarkan musik yang direkam sebelumnya) ditawarkan oleh staf medis untuk manajemen gejala, dan terapi musik (individual). intervensi musik termasuk mendengarkan musik langsung, atau musik yang direkam sebelumnya, memainkan instrumen dan menggubah musik yang ditawarkan oleh terapis terlatih) (Bradt et al., 2015).

Selama persalinan, wanita menghadapi rasa sakit dan kecemasan yang mengaduk respon sistem saraf simpatis. Tanggapan seperti itu bisa menghasilkan peningkatan denyut jantung, tekanan darah dan pengurangan reduction dalam sirkulasi perifer. Musik yang menenangkan dapat mengurangi kadar katekolamin, sehingga menurunkan detak jantung dan tekanan darah (Mok & Wong, 2003; Schorr, 1993).

Kebanyakan relaksan dan antidepresan melewati sawar plasenta dan memiliki efek negatif pada janin. Oleh karena itu, menetapkan intervensi non-farmasi alternatif untuk mengurangi kecemasan pada

ibu hamil adalah penting. Ulasan Sistem Database Cochrane baru-baru ini telah menunjukkan bahwa intervensi berbasis musik dapat mengurangi kecemasan selama kehamilan (Corbijn van Willenswaard et al., 2017). Namun, bukti mengenai kemanjuran intervensi musik selama persalinan pada pengurangan kecemasan tidak meyakinkan. Satu studi telah menunjukkan bahwa intervensi musik memiliki efek positif yang signifikan terhadap kecemasan dan nyeri selama fase laten persalinan (Liu et al., 2010). Studi lain telah melaporkan bahwa intervensi musik selama CS tidak secara signifikan mengubah skor kecemasan (Reza et al., 2007). Satu publikasi telah mengungkapkan kecemasan yang secara signifikan lebih rendah dan tingkat kepuasan lebih tinggi setelah intervensi musik selama. Namun, tidak ada perbedaan yang signifikan dalam salah satu indeks fisiologis (S. C. Chang & Chen, 2005).

Musik yang menenangkan dapat mengurangi kecemasan, menghilangkan rasa sakit dan meningkatkan ambang persepsi nyeri (Buffum et al., 2006; Schorr, 1993). Respon relaksasi menghasilkan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis, yang menyebabkan penurunan denyut jantung dan tekanan darah serta peningkatan suhu perifer melalui vasodilatasi.

Dilaporkan bahwa musik dapat mengurangi kecemasan selama kolonoskopi (Smolen et al., 2002) dan kecemasan dan rasa sakit pasien bedah (Good et al., 2005). Terapi musik juga telah terbukti memperbaiki tanda-tanda fisik, menstabilkan tanda-tanda vital, menurunkan hormon stres pada pasien fibromyalgia dan mengurangi frekuensi alarm oksimeter pada bayi prematur. Menggunakan musik selama perawatan kanguru juga menghasilkan kecemasan ibu yang lebih rendah secara signifikan dan respon fisiologis bayi (Lai et al., 2006). Untuk wanita hamil, musik dapat digunakan untuk mengurangi stres, kecemasan dan depresi (M. Y. Chang et al., 2008). Dalam sebuah studi yang diterbitkan mengenai efek musik selama operasi caesar, wanita memiliki kepuasan yang lebih besar dengan pengalaman kelahiran caesar (S. C. Chang & Chen, 2005).

Selama persalinan, musik dapat berfungsi melalui perhatian fokus atau gangguan, untuk respon kesenangan, sebagai stimulus untuk stimulus relaksasi. (Browning, 2000) melakukan penelitian untuk menentukan pengaruh musik saat melahirkan. Semua wanita (n = 11) puas dengan metode penggunaan musik selama persalinan untuk membantu mereka

mengalihkan perhatian dari rasa sakit dan situasi mereka saat ini. (Hanser et al., 1983) meneliti efektivitas musik pada relaksasi bagi ibu bersalin. Tujuh ibu hamil diinstruksikan bagaimana menggunakan musik untuk memberi isyarat pernapasan berirama dan relaksasi selama persalinan. Hasilnya menunjukkan semua menunjukkan sedikit respon nyeri. Lima subjek menyatakan bahwa musik membantu mereka bersantai. Satu studi yang ditugaskan secara acak adalah dilakukan oleh (Phumdoung & Good, 2003). Wanita di grup musik ( $n = 55$ ) mendengarkan musik lembut selama tiga jam dimulai pada awal fase aktif persalinan. Sensasi dan distres nyeri persalinan diukur sebelum dimulai dan pada tiga *posttests* per jam. Dibandingkan dengan kelompok kontrol ( $n = 55$ ), kelompok musik mengalami penurunan kedua sensasi dan distres nyeri persalinan aktif.

Pada studi kontrol yang dilakukan untuk memberi bukti bahwa terapi musik untuk wanita bersalin pada masa laten memberikan manfaat psikologis yang etrukur. Musik tidak memiliki efek samping yang berbahaya dan mudah diberikan pada praktek keperawatan (Liu et al., 2010).

Jadi intervensi musik selama persalinan secara signifikan mengurangi skor kecemasan dan indeks fisiologis yang berhubungan dengan kecemasan (HR, SBP, dan DBP). Intervensi musik mungkin efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan selama persalinan. Aplikasi dalam rutinitas klinis mungkin disarankan. Tambahan RCT besar yang berfokus pada intervensi jenis musik, waktu musik, dan waktu pengukuran hasil diperlukan untuk memvalidasi temuan penelitian (Lin et al., 2019).

## 9. Teknik Pernapasan

Teknik pernapasan adalah salah satu metode ini. Pernafasan teknik membantu ibu berkonsentrasi dan fokus pada pernapasan daripada kontraksinya selama persalinan, memberikan partisipasi aktif dalam kelahiran, dan mengembangkan kesadaran internal tubuhnya (Boaviagem et al., 2017; Vakilian & Keramat, 2013). Selain itu, pernapasan membantu mengatasi kontraksi rahim dan untuk mengurangi kecemasan (El-Refaye et al., 2016) Dalam beberapa penelitian sebelumnya, teknik pernapasan ditemukan menyebabkan penurunan yang signifikan dalam kecemasan negara, kecemasan terus menerus dan level rasa sakit yang dirasakan (Salvi, 2011). Diamati bahwa selama persalinan dan melahirkan, menggunakan teknik pernapasan dapat membantu wanita untuk fokus pada hal-hal lain

dan mengurangi tingkat kecemasan mereka (Bastani et al., 2005). Selain itu, penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa teknik ini efektif dalam memperpendek durasi persalinan.<sup>1</sup>

Teknik pernapasan dianggap sebagai yang paling efektif, paling umum dikenal dan metode yang paling diharapkan untuk digunakan di masa depan (Anarado et al., 2015) Teknik ini juga bisa diajarkan pada periode antenatal atau pada fase laten persalinan. Dalam hal ini, penting untuk memberikan instruksi tentang teknik pernapasan untuk meningkatkan kesadaran bidan/perawat yang bekerja di layanan persalinan dan mendorong mereka untuk mengajarkan teknik ini kepada ibu hamil (Bastani et al., 2005).

Penelitian (Cicek & Basar, 2017) bahwa teknik pernapasan merupakan metode yang efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan dan durasi persalinan. Oleh karena itu, disarankan agar tenaga kesehatan profesional yang bekerja di layanan persalinan diberitahu tentang teknik ini dan mempromosikan teknik ini kepada ibu hamil.

## 10. **Yoga**

Salah satu asuhan kebidanan yang dilakukan untuk mengurangi kecemasan menjelang persalinan adalah latihan fisik, seperti meditasi atau yoga prenatal atau yoga relaksasi. Yoga prenatal atau relaksasi yoga merupakan salah satu solusi yang mendukung proses kehamilan bahkan sampai persalinan. Yoga selama kehamilan juga berkontribusi pada pengurangan nyeri persalinan dan peningkatan kecukupan persalinan (Jahdi et al., 2017). Teknik yoga bertujuan untuk membangun dan mempertahankan keseimbangan kesehatan antara semua aspek tubuh dan pikiran. Selama kehamilan, yoga prenatal atau yoga relaksasi akan memusatkan perhatiannya pada irama nafas, mengutamakan kenyamanan dan keamanan dalam pelaksanaannya sehingga memberikan banyak manfaat.

Kata yoga berasal dari akar bahasa Sanskerta ‘Yuj’ yang berarti ‘untuk . kuk’, ‘untuk bergabung’, untuk menyatukan pikiran, tubuh dan jiwa dan mengarahkan dan memusatkan perhatian seseorang dengan menenangkan pikiran yang gelisah.

Yoga, dengan pendekatan holistiknya, telah digunakan untuk mempromosikan kesehatan positif selama berabad-abad di India (Collins, 1998). Beberapa uji klinis menunjukkan efek menguntungkan dari yoga di Asma (Nagarathna, 1985), Hipertensi, Manajemen Nyeri (Tekur et al.,

2008), Diabetes, Kanker, dan Perubahan Suasana Hati. Yoga meningkatkan Kualitas hidup dan mengurangi stres yang dibuktikan dengan berkurangnya tingkat kecemasan, kadar kortisol serum (Yadav et al., 2012) dengan tingkat metabolisme yang lebih rendah dalam praktisi yoga.

Sampai saat ini ada beberapa publikasi tentang efek terintegrasi pendekatan yoga (IAYT) pada hasil kehamilan. Dalam sebuah kasus studi kontrol Narendran et al. menunjukkan efek positif dari IAYT pada cara persalinan, berat lahir bayi dan kehamilan komplikasi. Sekali lagi, pada kehamilan dengan aliran abnormal arteri umbilikalis dan uterus (diamati dengan pemindaian USG Doppler), ada peningkatan berat badan lahir, penurunan persalinan prematur dan pembatasan pertumbuhan intrauterin (Narendran et al., 2005).

Beberapa penelitian menunjukkan efek signifikan dari teknik relaksasi yoga pada mengurangi tingkat kecemasan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa yoga dapat digunakan sebagai pengobatan untuk *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) (Javnbakht et al., 2009). Kapan itu digunakan sebagai ajuran untuk obat-obatan, yoga menyebabkan perbaikan gejala yang lebih baik. Selain itu, di dalam tinjauan makalah Khalsa selama tiga dekade terakhir menyimpulkan bahwa Yoga menunjukkan kemanjuran untuk psikopatologis (misalnya, depresi, kecemasan), kardiovaskular, (misalnya, hipertensi, penyakit jantung), penyakit pernapasan (misalnya, asma) dan diabetes (Jeter et al., 2015). Selain itu, yoga juga ditemukan sebagai relaksasi teknik untuk mengurangi komplikasi persalinan (Rakhshani et al., 2012).

Sebuah studi yang dilakukan oleh Narendran (2005) menemukan bahwa dari 169 ibu hamil, 14% ibu hamil yang tidak berlatih yoga pengalaman kelahiran prematur dibandingkan dengan 29% wanita hamil yang berlatih yoga. Juga, hasilnya ditemukan bahwa relaksasi selama kehamilan dapat mengurangi kejadian kelahiran prematur dan komplikasi persalinan lainnya.

Didapat dari hasil pengamatan bahwa program yoga 12-14 minggu menghasilkan skor yang lebih rendah pada Ketidaknyamanan Kehamilan (DoPQ) di minggu ke-40 kehamilan dengan efikasi diri dan harapan hasil yang lebih tinggi pada tahap aktif dan kedua persalinan. Dia diketahui bahwa reaktivitas stres fisiologis diredam selama kehamilan (De Weerth & Buitelaar, 2005). Kami menunjukkan peningkatan kemampuan beradaptasi

otonom (dalam variabilitas detak jantung) dengan pengurangan tingkat stres yang dirasakan (Maharana Satyapriya et al., 2009) yang menghasilkan kualitas hidup yang lebih baik dan hubungan interpersonal (FIRO-B) setelah yoga terintegrasi di wanita hamil.

Kesehatan psikologis yang lebih baik yang dihasilkan dari pengurangan stres mungkin telah berkontribusi pada peningkatan yang diamati pada PEQ dalam hal belajar. Penerbitan sebelumnya menjelaskan bahwa wanita-wanita ini memiliki banyak kualitas hidup yang lebih baik dan hubungan interpersonal yang menunjukkan ke keadaan psikologis positif yang dapat ditimbulkan oleh yoga. Jadi, perubahan psikologis ini dapat menjelaskan perubahan fisiologis yang diamati sebagai hasil yang lebih baik yang terlihat dalam penelitian kami sebelumnya tentang yoga terintegrasi pada kehamilan normal (Maharana Satyapriya et al., 2009) dan berisiko tinggi. Ini juga dapat mempromosikan pemrograman ANS yang lebih sehat pada janin (De Weerth & Buitelaar, 2005) yang dapat membantu mencegah penyakit yang berhubungan dengan hiperaktivitas sistem saraf otonom pada keturunannya. Jadi istirahat fisiologis yang mendalam yang dicapai oleh ibu komponen pranayama, meditasi, dan praktik perhatian lainnya yang tergabung dalam program yoga terpadu bisa menjadi aspek utama yang dapat menjelaskan manfaat yang diamati. Latihan yoga terpadu secara teratur pada trimester kedua dan ketiga lebih efektif daripada latihan antenatal dalam mengurangi kecemasan, depresi dan meningkatkan pengalaman kehamilan (M. Satyapriya et al., 2013).

Selain itu dalam studi penelitian diungkapkan bahwa ada efek relaksasi yoga pada tingkat kecemasan di antara ibu hamil pada trimester ketiga. Studi ini memberikan bukti bahwa relaksasi Yoga berpengaruh dalam menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil. Diharapkan bahwa perawat dan bidan di Indonesia dapat meningkatkan pendidikan kesehatan tentang intervensi psikologis seperti relaksasi yoga untuk ibu hamil untuk mengatasi kecemasan. Ibu hamil juga disarankan untuk berlatih yoga relaksasi (Novelia et al., 2019)

## 11. Hidroterapi

*Hidroterapi* adalah jenis terapi yang menggunakan media air dengan suhunya tidak lebih 37 – 37,5 0 C untuk mengurangi rasa sakit, ketegangan otot, nyeri atau cemas pada beberapa wanita. Hidroterapi

merupakan kompres hangat dan salah satu terapi non farmakologi yang berguna untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan air dengan suhu berbeda. Air dapat menyembuhkan dan menyamankan nyeri. Ada kaitan hidroterapi yaitu air hidroterapi adalah air dari konduktor panas sehingga bisa digunakan untuk melemaskan otot dan dapat meredakan nyeri. Lalu fenomena kedua yaitu adanya pengaruh gravitasi sehingga rasa tidak nyaman yang berkaitan dengan panggul dan struktur lain akan membantu relaksasi serta mengurangi kecemasan dan kelelahan.

Terapi ini dapat menghantarkan panas. Dan karena panas ini dapat melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah serta dapat mempengaruhi transfer rasa nyeri dan dapat menyebabkan elastilitas kolagen.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Nopiska Lilis et al., 2021), didapat bahwa hidroterapi menyebabkan ibu menjadi rileks, dan dalam kondisi ini dapat mempengaruhi metabolisme dalam tubuh dan akan berlangsung dengan baik. Hal ini telah terbukti dari adanya penurunan kekuatan nyeri pada ibu bersalin setelah diberikan hidroterapi dipunggung ibu. Selain itu, berdasarkan penelitian (Andreinie, 2016) metode hidroterapi memiliki efektifitas dalam mengurangi nyeri persalinan an metode ini setara dengan metode lain dalam upaya menurunkan tingkat nyeri pada ibu bersalin dan ibu akan merasa nyaman dalam proses persalinannya.

*Hidroterapi* juga dapat mengurangi nyeri punggung dengan menggunakan teknik tertentu, diantaranya sebagai berikut :

a. Hip Squeeze

Kedua tangan memberi tekanan pada otot gluteal (daerah bokong) bergerak ke atas. Teknik ini mengurangi ketegangan pada sakro iliaka dan juga pada ligamentum.

b. Knee Press.

Dilakukan penekanan pada lutut dengan posisi duduk. Cara ini dapat mengurangi nyeri punggung. Beberapa teknik dukungan/pendekatan untuk mengurangi rasa sakit dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- Kehadiran seorang pendamping yang terus menerus, sentuhan yang nyaman dan dorongan dari orang yang memberikan dukungan
- Perubahan posisi dan pergerakan
- Sentuhan dan massage

- Counter pressure untuk mengurangi tekanan pada ligamen
  - Pijatan ganda pada pinggul
  - Penekanan pada lutut
  - Kompres hangat dan kompres dingin
  - Berendam
  - Pengeluaran suara
  - Visualisasi dan pemusatan perhatian (dengan berdoa)
  - Musik yang lembut dan menyenangkan ibu.
- c. Keadaan Fisik
- Ibu yang memiliki penyakit pada saat kehamilan akan menyebabkan kecemasan pada ibu. Seorang ibu yang sedang sakit lebih mengalami kecemasan dibandingkan yang sehat.
- d. Riwayat pemeriksaan kehamilan
- Ketika ibu memeriksakan kehamilan pada dokter kandungan, dokter umum ataupun bidan hal ini berguna untuk :
- Mendeteksi penyulit atau komplikasi yang akan ditemui pada masa kehamilan, persalinan dan nifas
  - Mendeteksi serta mengobati secara dini penyakit yang diderita ibu
  - Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan anak
  - Memberi saran dan konseling tentang cara hidup sehat dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui serta bayi baru lahir.
- Pada setiap pemeriksaan pada kunjungan antenatal selain dilakukan pemeriksaan fisik akan diberikan konseling tentang pendidikan kesehatan dan perawatan yang baik pada masa kehamilan, persiapan akan persalinan dan informasi proses persalinan. Maka setelah diberikan pendidikan dan konseling diharapkan ibu agar menjalani kehamilan dengan nyaman dan sehat serta menyiapkan fisik dan psikologis untuk persalinan yang akan datang.
- e. Pengetahuan
- Sesuatu yang diketahui oleh seseorang baik secara formal dan non formal dinamakan pengetahuan. Sebagian besar dari pengetahuan mempengaruhi perilaku seseorang. Pada ibu dengan pengetahuan rendah akan menyebabkan ibu lebih mengalami kecemasan. Rasa tidak tahu tentang berbagai hal akan menjadi tekanan bagi seseorang

yang akan menyebabkan terjadinya kecemasan. Kecemasan pada ibu yang bersalin dengan pengetahuan rendah akan mempengaruhi proses persalinan dan akan berdampak pada proses kemajuan pembukaan persalinan ibu. Hal ini dikarenakan informasi yang didapatkan ibu terbatas.

f. Dukungan Lingkungan Sosial

Bantuan atau dukungan yang diberikan oleh lingkungan sekitar merupakan dukungan sosial yang sangat dibutuhkan pada ibu hamil seperti dukungan dari suami, orang tua, teman, sahabat, mertua dan tetangga karena ibu hamil akan merasa dilindungi, diperhatikan dan dihargai.

Pada saat kehamilan dan persalinan dukungan suami adalah hal yang sangat penting. Dukungan suami merupakan salah satu dukungan sosial karena memberikan efek yang positif pada ibu, menurut Wortmen dan Dunkell Scheffer mengatakan ada beberapa jenis dukungan meliputi ekspresi peranan positif, termasuk menunjukkan bahwa seseorang perlu diberi penghargaan yang tinggi dan ekspresi persetujuan tentang ketepatan serta keyakinan dari perasaan seseorang.

Pada saat menjelang persalinan tiba dukungan ini akan sangat berpengaruh pada kelancaran persalinan yang akan dialami ibu. Dukungan keluarga dan suami sangatlah diperlukan karena pada saat proses persalinan, keluarga dan suami adalah faktor pendukung yang penting untuk menenangkan ibu bersalin dengan cara mendampingi istri dan menyentuh tangan istri dengan penuh perasaan agar istri merasa lebih tenang. Suami merupakan orang terdekat ibu yang dapat memberikan semangat serta perhatian saat akan menghadapi persalinan, serta hal ini akan membangun bonding dan hubungan baik antar pasangan dan akan menimbulkan efek yang positif seperti ketenangan pada ibu saat menjalani persalinan.

Dalam studi terbatas yang dilakukan tentang pasangan, dilaporkan bahwa suami juga memiliki ketakutan akan persalinan (Hildingsson et al., 2014). Di sisi lain, tingkat ketakutan menjalani persalinan, menurut skor rata-rata W-DEQ-A rendah pada mereka yang memiliki keluarga yang besar. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa faktor keluarga yang terstruktur secara tradisional memiliki peranan penting dalam

proses kehamilan dan persalinan (Laursen et al., 2009). Ketika ditinjau melalui studi paralel dari menemukan bahwa surplus dukungan sosial mengurangi rasa takut akan kelahiran (Gao et al., 2015) melaporkan tingkat kecemasan dan ketakutan melahirkan yang tinggi pada mereka yang memiliki dukungan sosial yang tidak memadai.

Sifat dukungan yang diberikan ini adalah dukungan yang sederhana, efektif, dan murah serta beresiko rendah. Dukungan dalam persalinan mempunyai tujuan :

- Meredakan sumber nyeri
- Memberikan rangsangan alternatif yang kuat untuk meredakan nyeri
- Meredakan adanya reaksi emosional yang negatif serta reaksi rasa sakit pada fisik wanita.

Menurut Kuntjoro tahun 2002 dukungan sosial merupakan keberadaan, kesediaan dan kepedulian dari orang yang bisa diandalkan serta orang yang menyayangi dan menghargai kita. Dalam hal ini menyangkut orang yang akan memberi dukungan sosial karena hal ini akan menyangkut persepsi dari orang yang membeutihkan dukungan tersebut. Apabila dukungan yang diberikans esuai dengan kehendak ibu maka akan mencapai sebuah kepuasan dan akan membeantu persepsi positif ibu dalam menghadapi persalinan dengan aman dan nyaman (Maharani & Fakhurrozi, 2014).

g. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu proses pembelajaran atau belajar dan akan terjadi perkembangan dan perubahan pada pola fikir yang lebih baik dari individu, kelompok dan masyarakat dengan jangkauan yang lebih luas. Pendidikan dan pengetahuan adalah satu kesatuan. Tingkat pendidikan akan berpengaruh pada respon seseorang dalam menanggapi sesuatu hal. Seseorang dengan pendidikan yang lebih tinggi akan memberikan respon yang baik atau positif dibanding yang memiliki pendidikan rendah karena kecemasan sendiri bisa dipelajari. Maka dari itu pendidikan rendah menjadi faktor terjadinya kecemasan.

## Status Psikologis

Dalam berbagai repsons psikologis terhadap pengalaman persalinan sangatlah beragam karena dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti latar belakang budaya wanita hamil dan bersalin. Orang yang berasal dari latar belakang budaya berbeda memiliki keyakinan yang berbeda tentang persalinan hal ini peran tenaga kesehatan sangatlah diperlukan untuk mengelola perbedaan persepsi mengenai persalinan seperti memberikan perhatian yang berharga bagi ibu bersalin. Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Khazoyan pada tahun 1994 sebagian besar wanita ingin didampingi oleh suami saat proses persalinan untuk ungkapan rasa cinta dan sayang serta memeperlihatkan pengertian dan kesabaran.

Adanya persiapan persalinan yang beragam dan terkadang mengandung drama yang mempengaruhi proses pemecahan masalah selama persalinan. Begitu juga keinginan dan harapan dapat mempengaruhi psikologis saat bersalin. Berdasarkan hasil observasi Heaman, Beaton, Gupton dan Sloan pada tahun 1992 didapatkan bahwa wanita yang hamil dengan risiko tinggi mungkin akan berharap intervensi medis dan lebih sulit mengatasi nyeri saat persalinan dibandingkan dengan risiko rendah. Bagi wanita tersebut, kecemasan secara negatif dengan harapan melahirkan.

## Instrumen Pengalaman Kondisi Kecemasan Ibu Bersalin.

Dalam dekade terakhir banyak skala telah dirancang untuk penilaian gejala psikiatri. Sebagian besar telah dirancang untuk digunakan dengan pasien di rumah sakit jiwa dan karena itu terkonsentrasi terutama pada perilaku di lingkungan dan dalam kegiatan rumah sakit. Tidak banyak dari item berkaitan dengan gejala, dan ini terutama adalah skizofrenia dan psikosis depresif. Bahkan kurang perhatian adalah dibayar untuk gejala neurotik, terutama kecemasan menyatakan, terlepas dari kenyataan bahwa timbangannya adalah dimaksudkan secara umum untuk mencakup berbagai sindrom psikiatri. Timbangan ini telah dirancang untuk memungkinkan pekerja penelitian untuk mendapatkan ukuran kuantitatif dari status klinis pasien, mis. untuk digunakan dalam perlakuan uji klinis. Di dalamnya, item yang terpisah dijumlahkan dalam kelompok dan satu set skor atau 'profil' diperoleh untuk setiap pasien. Profil ini sering digunakan sebagai alat bantu diagnostik, meskipun ini bukan tujuan utama dari skala

ini. Pengguna umumnya diperingatkan untuk tidak menggunakan skala untuk membuat diagnosis (Hamilton, 1959).

Dalam praktiknya, timbangan ini memiliki dua lainnya fungsi yang sangat penting. Yang pertama adalah penyelidik dapat menggambarkan dengan tepat karakteristik kelompok tertentu pasiennya menggunakan nilai rata-rata dan simpangan baku. deskripsi NS dan definisi populasi dimana sampel diambil adalah sangat penting dan merupakan salah satu masalah yang sulit yang dihadapi penelitian dalam psikiatri. Untuk tujuan ini, kategori diagnostik dikenal tidak dapat diandalkan dan skala penilaian tak ternilai. Fungsi kedua adalah bahwa mereka membantu untuk mendefinisikan sindrom dan subsindrom, dan dengan cara yang memungkinkan reproduksi dalam penyelidikan lain (Hamilton, 1959).

HAR-S adalah salah satu skala penilaian pertama yang dikembangkan untuk mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan, dan masih banyak digunakan saat ini baik dalam pengaturan klinis maupun penelitian. Skala ini terdiri dari 14 item, masing-masing didefinisikan oleh serangkaian gejala, dan mengukur kecemasan psikis (agitasi mental dan tekanan psikologis) dan kecemasan somatik (keluhan fisik yang terkait dengan kecemasan). Meskipun HAR-S tetap banyak digunakan sebagai ukuran hasil dalam uji klinis, telah dikritik karena kemampuannya yang kadang-kadang buruk untuk membedakan antara efek ansiolitik dan antidepresan, dan kecemasan somatik versus efek samping somatik. HAR-S tidak memberikan pertanyaan penyelidikan standar. Meskipun demikian, tingkat keandalan antar penilai yang dilaporkan untuk skala tampaknya dapat diterima (Giuliano, 1967).

Skala ini dirancang bersama garis yang berbeda. Ini dimaksudkan untuk digunakan dengan pasien yang sudah didiagnosis menderita keadaan kecemasan neurotik, bukan untuk dinilai kecemasan pada pasien yang menderita gangguan lain. Kecemasan dalam derajat yang lebih besar atau lebih kecil ditemukan khususnya negara bagian dalam depresi, gelisah dan obsesif, dan juga di negara bagian seperti demensia organik, histeria dan skizofrenia, tetapi harus ditegaskan dengan jelas bahwa skala tidak dimaksudkan untuk mengatasi kondisi ini (Hamilton, 1959).

Metode yang biasa digunakan pada desain skala ini merupakan serangkaian gejala yang berkumpul dan dianggap menutupi kondisi yang

cukup. Hal ini kemudian dikelompokkan bersama menurut sifatnya, atau di mana pengalaman klinis menunjukkan bahwa mereka terkait. Diputuskan bahwa untuk tujuan praktis dua belas pengelompokan sudah cukup. Bersama dengan perilaku pasien saat wawancara, ini akan membentuk tiga belas variabel skala yaitu : suasana hati cemas (keadaan ketakutan yang berkelanjutan), ketegangan (termasuk lekas marah), ketakutan (tipe spesifik atau fobia), insomnia, perubahan kognitif (kesulitan dalam konsentrasi) dan pelupa), depresi, gejala somatik tipe umum, kardiovaskular, pernapasan, gastro-intestinal, genito-urin, dan gejala otonom umum, yang terakhir terutama terdiri dari sakit kepala dan berkeringat. Masing-masing variabel didefinisikan dalam serangkaian pernyataan singkat, dipimpin oleh nama variabel, dicetak pada selembar kertas yang menghadap ke pewawancara saat wawancara dengan pasien (Hamilton, 1959).

Skala saat ini dirancang untuk peringkat neurosis kecemasan sebagai sebuah sindrom, bukan untuk peringkat kecemasan. Sampai sebaliknya terbukti, itu harus dianggap tidak valid untuk peringkat kecemasan dalam pengaturan lainnya. Ini membatasi jangkauan kegunaan skala tetapi, dalam batas-batas ini, pasien dapat dibandingkan secara bermakna. Dia menempatkan penekanan besar pada keadaan subjektif pasien. Berbagai gejala dinilai secara terpisah, yang somatik diberikan tempat sama dengan paranormal. Hal ini karena dalam praktek pasien rawat jalan sangat ditekankan pada gejala somatik, dan sejumlah besar pertama ke departemen medis umum untuk investigasi ini. Skala Buss et al. digunakan untuk menilai kecemasan pada semua jenis pasien kecuali mereka yang menderita kerusakan cerebral. Oleh karena itu memiliki jangkauan yang lebih luas dari aplikasi. Ini diimbangi oleh fakta bahwa perbandingan skor untuk kecemasan, misalnya skizofrenia, depresi, dan kecemasan neurosis, tidak memiliki arti yang jelas. Ini merakit gejala ke dalam kelompok yang lebih sedikit. Ini memberi lebih sedikit berat untuk gejala somatik, atau sebagai alternatif, memberikan bobot lebih pada gejala psikis.

Kedua pertimbangan pengelompokkan banyak item tunggal di bawah jumlah judul yang terbatas, dan itu akan menjadi jelas diinginkan untuk menyelidiki kesesuaian dan kegunaan dari prosedur ini. Keduanya menunjukkan keandalan yang tinggi dalam penggunaan. Hanya penggunaan praktis yang akan menentukan mana yang lebih bermanfaat, dan diharapkan

keduanya akan digantikan oleh sesuatu yang lebih baik. Skalanya sama sekali tidak bisa dianggap berada dalam keadaan akhir. Idealnya, setiap item tercantum di bawah judul variabel harus ditangani secara terpisah untuk tujuan penuh analisis barang. Kerja keras dalam melakukan skala penilaian ini (sebagai lawan dari kuesioner) akan menunda ini untuk waktu yang lama. Beberapa dari variabel jelas merupakan kantong kain keanehan dan perlu diselidiki lebih lanjut. Pekerjaan selanjutnya sedang dilakukan di mana gejala somatik umum dipisahkan menjadi dua variabel: otot dan sensorik. Pengalaman telah menunjukkan bahwa kelas 2 dapat dibagi menjadi dua kelas tanpa meningkatkan kesulitan penilaian. Dalam prakteknya, kelas 4 adalah hampir tidak pernah digunakan karena penilai enggan untuk memberikan nilai maksimal pada mata pelajaran yang jelas bisa jauh lebih buruk. Tambahan grade mungkin akan jarang atau tidak pernah digunakan, tetapi akan mendorong penilai untuk membagi lagi kelas 3, menggeser beberapa peringkatnya ke kelas yang lebih tinggi (Hamilton, 1959).

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)					
Below is a list of phrases that describe certain feeling that people have. Rate the patients by finding the answer which best describes the extent to which he/she has these conditions. Select one of the five responses for each of the fourteen questions.					
0 = Not present.	1 = Mild.	2 = Moderate.	3 = Severe.	4 = Very severe.	
<b>1 Anxious mood</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Worries, anticipation of the worst, fearful anticipation, irritability.					
<b>2 Tension</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Feelings of tension, irritability, startle response, moved to tears easily, trembling, feelings of restlessness, inability to relax.					
<b>3 Fears</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Of dark, of strangers, of being left alone, of animals, of traffic, of crowds.					
<b>4 Insomnia</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Difficulty in falling asleep, broken sleep, unsatisfying sleep and fatigue on waking, dreams, nightmares, night terrors.					
<b>5 Intellectual</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Difficulty in concentration, poor memory.					
<b>6 Depressed mood</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Loss of interest, lack of pleasure in hobbies, depression, early waking, diurnal swing.					
<b>7 Somatic (muscular)</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Pains and aches, twitching, stiffness, myoclonic jerks, grinding of teeth, unsteady voice, increased muscular tone.					
<b>8 Somatic (sensory)</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Tinnitus, blurring of vision, hot and cold flashes, feelings of weakness, pricking sensation.					
<b>9 Cardiovascular symptoms</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Tachycardia, palpitations, pain in chest, throbbing of vessels, fainting feelings, missing beat.					
<b>10 Respiratory symptoms</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Pressure or constriction in chest, choking feelings, sighing, dyspnea.					
<b>11 Gastrointestinal symptoms</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Difficulty in swallowing, wind abdominal pain, burning sensations, abdominal fullness, nausea, vomiting, borborygmi, looseness of bowels, loss of weight, constipation.					
<b>12 Genitourinary symptoms</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Frequency of micturition, urgency of micturition, amenorrhea, menorrhagia, development of frigidity, premature ejaculation, loss of libido, impotence.					
<b>13 Autonomic symptoms</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Dry mouth, flushing, pallor, tendency to sweat, giddiness, tension headache, raising of hair.					
<b>14 Behavior at interview</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Fidgeting, restlessness or pacing, tremor of hands, furrowed brow, strained face, sighing or rapid respiration, facial pallor, swallowing, etc.					

Gambar 5. Kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS-S)

Sumber : (Giuliano, 1967).

Tabel 3. Kuesioner Hamilton *Anxiety Rating Scale* (HAR-S) Bahasa Indonesia  
HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HAR-S)

Nama :

Usia :

Usia Kehamilan :

Tanggal :

Instrumen ini telah dilakukan penilaian oleh para ahli. Ada beberapa pernyataan tentang perasaan yang dialami oleh seseorang. Anda dapat memberikan nilai dari setiap pertanyaan dan memilih nomor sesuai dengan tingkat keparahan yang dialami selama seminggu terakhir. Penilaian ini hanya menilai respon pasien terhadap pengobatan yang diberikan bukan sebagai alat diagnosis.

0= Tidak 1 = Ringan 2 = Sedang 3 = Berat 4 = Sangat parah

1. **Perasaan cemas**

Kekhawatiran, mengantisipasi yang terburuk, antisipasi takut, cepat marah.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2. **Ketegangan**

Perasaan tegang, respon kaget, gemetar, mudah menangis, perasaan gelisah, ketidakmampuan untuk bersantai.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3. **Ketakutan**

Gelap, orang asing, ditinggal sendirian, hewan, lalu lintas, keramaian

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. **Gangguan Tidur**

Kesulitan untuk tertidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak memuaskan dan kelelahan saat bangun tidur, mimpi buruk, teror malam.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

5. **Gangguan kecerdasan**

Sulit berkonsentrasi, mudah lupa

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

6. **Perasaan depresi**

Hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari, bangun awal

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

7. **Gejala somatik**

Rasa sakit dan nyeri, berkedut, kekakuan, gertakan gigi, suara gemetar, kedutan otot.

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

8. **Gejala sensorik**

Perasaan ditusuk-tusuk, sensasi panas-dingin, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

9. **Gejala kardiovaskular**

Takikardi, menggigil, nyeri dada, denyut nadi mengeras, pingsan.

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

10. **Gejala pernapasan**

Rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, tersedak, menarik napas panjang, nafas yang sulit.

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

11. **Gejala gastrointestinal**

Sulit menelan, perut kembung, kepanasan, perut sebah, mual, muntah, kehilangan berat badan, sembelit

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

12. **Gejala urogenital**

Sering kencing, tidak dapat menahan kencing.

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

13. **Gejala vegetatif**

Mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, pucat, pusing dan sakit kepala, rambut rontok.

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

14. **Perilaku saat wawancara**

Gelisah, mondar-mandir, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, napas pendek dan cepat, wajah pucat, sering menelan.

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Sumber : (Novitasari, 2013)

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdel-Hamed Metawie, Mohamed. 2015. "Effectiveness of Aromatherapy with Lavender Oil in Relieving Post Caesarean Incision Pain." *Journal of Surgery* 3(2): 8.
- Alehagen, Siw, Barbro Wijma, Ulf Lundberg, and Klaas Wijma. 2005. "Fear, Pain and Stress Hormones during Childbirth." *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 26(3): 153–65.
- Alipour, Zahra, Minoor Lamyian, and Ebrahim Hajizadeh. 2012. "Anxiety and Fear of Childbirth as Predictors of Postnatal Depression in Nulliparous Women." *Women and Birth* 25(3): e37–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002>.
- Anarado, Agnes et al. 2015. "Knowledge and Willingness of Prenatal Women in Enugu Southeastern Nigeria to Use in Labour Non-Pharmacological Pain Reliefs." *African Health Sciences* 15(2): 568–75.
- Andreinie, Ria. 2016. "Analysis of the Effectiveness of Warm Compresses for Reducing Labor Pain." *Jurnal Rakernas Aipkema* 2(1): 311–17.

- Anne Scott. 2004. "Managing Anxiety in ICU Patients: The Role of pro-Operative Information Provision." *Nursing in Critical Care* 9(2): 72–79.
- Article, Original. 2004. "The Effect of Breathing and Skin Stimulation Techniques on Labour Pain Perception of Turkish Women." 9(4): 183–88.
- Atkinson, Lou, Rachel L. Shaw, and David P. French. 2016. "Is Pregnancy a Teachable Moment for Diet and Physical Activity Behaviour Change? An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experiences of Women during Their First Pregnancy." *British journal of health psychology* 21(4): 842–58.
- Ayers, S., and A. D. Pickering. 2005. "Women's Expectations and Experience of Birth." *Psychology and Health* 20(1): 79–92.
- Bailey, Lucy. 1999. "Refracted Selves? A Study of Changes in Self-Identity in the Transition to Motherhood." *sociology* 33(2): 12335–52.
- Bastani, Farideh et al. 2005. "A Randomized Controlled Trial of the Effects of Applied Relaxation Training on Reducing Anxiety and Perceived Stress in Pregnant Women." *Journal of Midwifery and Women's Health* 50(4).
- Bent, Stephen, Amy Padula, and John Neuhaus. 2004. "Safety and Efficacy of Citrus Aurantium for Weight Loss." *American Journal of Cardiology* 94(10): 1359–61.
- Blondé, Jérôme, Olivier Desrichard, and Barbara Kaiser. 2020. "Psychological Predictors of the Use of Complementary and Alternative Medicines during Pregnancy within a Sample of Swiss Women." *Health Psychology Research* 8(1): 53–59.
- Boaviagem, A. et al. 2017. "The Effectiveness of Breathing Patterns to Control Maternal Anxiety during the First Period of Labor: A Randomized Controlled Clinical Trial." *Complementary Therapies in Clinical Practice* 26: 30–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.11.004>.
- Boskabady, Mohammad Hossein, Mohammad Naser Shafei, Zahra Saberi, and Somayeh Amini. 2011. "Pharmacological Effects of Rosa Damascena." *Iranian Journal of Basic Medical Sciences* 14(4): 295–307.
- Bradt, Joke et al. 2015. "The Impact of Music Therapy versus Music Medicine on Psychological Outcomes and Pain in Cancer Patients: A Mixed Methods Study." *Supportive Care in Cancer* 23(5): 1261–71.

- Browning, Caryl Ann. 2000. "Using Music during Childbirth." *Birth* 27(4): 272–76.
- Buffum, Martha D. et al. 2006. "A Music Intervention to Reduce Anxiety before Vascular Angiography Procedures." *Journal of Vascular Nursing* 24(3): 68–73.
- Burns, Ethel E et al. 2000. "An Investigation into the Use of ERP." *the journal of alternative and complementary medicine* 6(2): 141–47.
- Chang, M-Y., S-Y. Wang, and C-H. Chen. 2002. "Effects of Massage on Pain and Anxiety during Labour: A Randomized Controlled Trial in Taiwan." *Journal of Advanced Nursing* 38(1): 68–73.
- Chang, Mei Yueh, Chung Hey Chen, and Kuo Feng Huang. 2008. "Effects of Music Therapy on Psychological Health of Women during Pregnancy." *Journal of Clinical Nursing* 17(19): 2580–87.
- Chang, Shu Chen, and Chung Hey Chen. 2005. "Effects of Music Therapy on Women's Physiologic Measures, Anxiety, and Satisfaction during Cesarean Delivery." *Research in Nursing and Health* 28(6): 453–61.
- Cheung, Wing, Wan Yim Ip, and Dominic Chan. 2007. "Maternal Anxiety and Feelings of Control during Labour: A Study of Chinese First-Time Pregnant Women." *Midwifery* 23(2): 123–30.
- Cicek, Sevil, and Fatma Basar. 2017. "The Effects of Breathing Techniques Training on the Duration of Labor and Anxiety Levels of Pregnant Women." *Complementary Therapies in Clinical Practice* 29: 213–19. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.10.006>.
- Clayton, Kevin, Yoni Luxford, and Ieva Stupans. 2016. "Self-Management of Stress with Complementary and Alternative Medicine: Factors That Influence and Inform Decision Making - A Systematic Review of the Literature." *Alternative and Complementary Therapies* 22(2): 1–8.
- Cochrane, AR. 2015. "Perceptions of Labor and Delivery Clinicians on Non-Pharmacological Methods for Pain Relief During Labor." : 1–62. <http://digitalcommons.brockport.edu/honors/94%0Ahttp://digitalcommons.brockport.edu/honors/94/>.
- Collins, C. 1998. "Yoga: Intuition, Preventive Medicine, and Treatment." *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG* 27(5): 563–68.

- Corbijn van Willenswaard, Kyrsten et al. 2017. "Music Interventions to Reduce Stress and Anxiety in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Psychiatry* 17(1): 1–9.
- D'Alessio, Patrizia A. et al. 2013. "Oral Administration of D-Limonene Controls Inflammation in Rat Colitis and Displays Anti-Inflammatory Properties as Diet Supplementation in Humans." *Life Sciences* 92(24–26): 1151–56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lfs.2013.04.013>.
- Dimsdale, Joel E., and Jonathan Moss. 1980. "Plasma Catecholamines in Stress and Exercise." *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 243(4): 340–42.
- El-Refaye, Ghada E., Engy M. El Nahas, and Hassan O. Ghareeb. 2016. "Effect of Kinesio Taping Therapy Combined with Breathing Exercises on Childbirth Duration and Labor Pain: A Randomized Controlled Trial." *Bulletin of Faculty of Physical Therapy* 21(1): 23–31.
- Eleni, Ikonomidou., Anette Rehnstrom, and Ole Naesh. 2004. "Effect of Music on Vital Signs and Postoperative Pain." *AORN journal* 80(2).
- Erkaya, Reyhan, Özlem Karabulutlu, and Kıymet Yeşilçiçek Çalık. 2017. "Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women." *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 237(June 2016): 1045–52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.151>.
- Field, T. et al. 1997. "Labor Pain Is Reduced by Massage Therapy." *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 18(4): 286–91.
- Fugh-berman, Adriane. "Citrus Aurantium,": 698–704.
- Gao, Ling-ling, R N Associate, Xiao Jun Liu, and R N Nursing. 2015. "Predictors of Childbirth Fear among Pregnant Chinese Women : A Cross-Sectional Questionnaire Survey." *Midwifery* 31(9): 865–70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.003>.
- Giuliano, Vincent E. 1967. "Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)." In , 342.
- Glover, Vivette. 2011. "Annual Research Review: Prenatal Stress and the Origins of Psychopathology: An Evolutionary Perspective." *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 52(4): 356–67.
- Glynn, Laura M. et al. 2001. "When Stress Happens Matters: Effects of Earthquake Timing on Stress Responsivity in Pregnancy." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184(4): 637–42.
- Good, Marion et al. 2005. "Relaxation and Music Reduce Pain Following Intestinal Surgery." *Research in Nursing and Health* 28(3): 240–51.

- Grote, Nancy K. et al. 2010. "A Meta-Analysis of Depression during Pregnancy and the Risk of Low Birth Weight, Preterm Birth and Intrauterine Growth Restriction." *Arch Gen Psychiatry* 62(10): 1024.
- Hamilton, Max. 1959. "The Assessment of Anxiety States By Rating." *British Journal of Medical Psychology* 32(1): 50–55.
- Hanjani, Soheila Moghimi, Zahra Mehdizadeh Tourzani, and Mahnaz Shoghi. 2015. "The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women." *Acta Medica Iranica* 53(8): 507–11.
- Hanser, Suzanne B., Sharon Cottrel Larson, and Audree S. O'Connell. 1983. "The Effect of Music on Relaxation of Expectant Mothers during Labor." *Journal of Music Therapy* 20(2): 50–58.
- Harrinson, Robert F. et al. 1986. "Pain Relief in Labour Using Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). A TENS/TENS Placebo Controlled Study in Two Parity Groups." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 93(6): 739–46.
- Harville, Emily W., Xu Xiong, and Pierre Buekens. 2009. "Hurricane Katrina and Perinatal Health." *Birth* 36(4): 325–31.
- Henry, Julie D., and Peter G. Rendell. 2007. "A Review of the Impact of Pregnancy on Memory Function." *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 29(8): 793–803.
- Hepp, Philip et al. 2016. "Measuring the Course of Anxiety in Women Giving Birth by Caesarean Section: A Prospective Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 16(1): 1–7. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0906-z>.
- Hertog, M. G.L. et al. 1993. "Dietary Antioxidant Flavonoids and Risk of Coronary Heart Disease: The Zutphen Elderly Study." *The Lancet* 342(8878): 1007–11.
- Hidayat, Syaifurrahman. 2013. "Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Proses Persalinan." *Wiraraja medika* 3(2): 67–72. <https://scholar.google.co.id/scholar>.
- Hildingsson, Ingegerd et al. 2014. "Childbirth Fear in Expectant Fathers: Findings from a Regional Swedish Cohort Study." *Midwifery* 30(2): 242–47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.001>.

- Holm, Lydia, and Laura Fitzmaurice. 2008. "Emergency Department Waiting Room Stress: Can Music or Aromatherapy Improve Anxiety Scores?" *Pediatric Emergency Care* 24(12): 836–38.
- Hongratanaworakit, Tapanee. 2009. "Relaxing Effect of Rose Oil on Humans." *Natural Product Communications* 4(2): 291–96.
- Jahdi, Fereshteh et al. 2017. "Yoga during Pregnancy: The Effects on Labor Pain and Delivery Outcomes (A Randomized Controlled Trial)." *Complementary Therapies in Clinical Practice* 27: 1–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.12.002>.
- Janula, Raju, and Singh Mahipal. 2015. "Effectiveness of Aromatherapy and Biofeedback in Promotion of Labour Outcome during Childbirth among Primigravidas." *Health Science Journal* 9(1): 1–5.
- Javnbakht, M., R. Hejazi Kenari, and M. Ghasemi. 2009. "Effects of Yoga on Depression and Anxiety of Women." *Complementary Therapies in Clinical Practice* 15(2): 102–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.003>.
- Jeter, Pamela E., Jeremiah Slutsky, Nilkamal Singh, and Sat Bir S. Khalsa. 2015. "Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies from 1967 to 2013." *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 21(10): 586–92.
- Jones, Leanne et al. 2011. "Pain Management for Women in Labour: An Overview of Systematic Reviews." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- Kammerer, Martin, Diana Adams, Brida von Castelberg, and Vivette Glover. 2002. "Pregnant Women Become Insensitive to Cold Stress." *BMC Pregnancy and Childbirth* 2: 2–6.
- Kaviani, Maasumeh, Shahla Maghbool, Sara Azima, and Mohammad Hosein Tabaei. 2014. "Comparison of the Effect of Aromatherapy with *Jasminum Offi Cinale* and *Salvia Offi Cinale* on Pain Severity and Labor Outcome in Nulliparous Women." 19(6).
- Kheirabadi, Masoumeh, Ali Moghimi, Hassan Rakhshande, and Morteza Behnam Rassouli. 2008. "Evaluation of the Anticonvulsant Activities of *Rosa Damascena* on the PTZ Induced Seizures in Wistar Rats." *Journal of Biological Sciences* 8(2): 426–30.
- Kheirkhah, Masoomah, Nassimeh Setayesh Vali Pour, Leila Nisani, and Hamid Haghani. 2014. "Comparing the Effects of Aromatherapy with

- Rose Oils and Warm Foot Bath on Anxiety in the First Stage of Labor in Nulliparous Women.” *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16(9).
- Kim, Mijong, Yun Jung Kwon, and South Korea. 2010. “Effects of Aroma Inhalation on Blood Pressure , Pulse , Visual Analog Scale , and McNair Scale in Nursing Students Practicing Intravenous Injection at the First Time.” *International Journal of Science And Technology* 23: 21–32.
- Kim, Yoo Jin, Myeong Soo Lee, Yun Seok Yang, and Myung Haeng Hur. 2011. “Self-Aromatherapy Massage of the Abdomen for the Reduction of Menstrual Pain and Anxiety during Menstruation in Nurses: A Placebo-Controlled Clinical Trial.” *European Journal of Integrative Medicine* 3(3): 3–6.
- Lai, Hui Ling et al. 2006. “Randomized Controlled Trial of Music during Kangaroo Care on Maternal State Anxiety and Preterm Infants’ Responses.” *International Journal of Nursing Studies* 43(2): 139–46.
- Lane, Deforia. 1992. “Music Therapy : A Gift Beyond Measure.” 19(6863).
- Laursen, M., M. Hedegaard, and C. Johansen. 2009. “Fear of Childbirth: Predictors and Temporal Changes Among Nulliparous Women in the Danish National Birth Cohort.” *Obstetric Anesthesia Digest* 29(2): 64–65.
- Lederman, Regina P, Edward Lederman, Work Bruce, and Daisy S. McCann. 1985. “Anxiety and Epinephrine in Multiparous Women in Labor: Relationship to Duration of Labor and Fetal Heart Rate Pattern.” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 153(8): 870–77.
- Lee, Shu Ling, Chieh Yu Liu, Yu Yin Lu, and Meei Ling Gau. 2013. “Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage.” *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 42(1): 19–28.
- Lehrner, J. et al. 2000. “Ambient Odor of Orange in a Dental Office Reduces Anxiety and Improves Mood in Female Patients.” *Physiology and Behavior* 71(1–2): 83–86.
- . 2005. “Ambient Odors of Orange and Lavender Reduce Anxiety and Improve Mood in a Dental Office.” *Physiology and Behavior* 86(1–2): 92–95.

- Levinson, Gershon, and Sol M. Shnider. 1979. "Catecholamines : The Effects of Maternal Fear and Its Treatment on Uterine Function and Circulation." *Birth and the Family Journal* 6(3): 167–74.
- Li, Wei hong, Hong yu Zhang, Yi Ling, and Song Jin. 2011. "Effect of Prolonged Second Stage of Labor on Maternal and Neonatal Outcomes." *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine* 4(5): 409–11. [http://dx.doi.org/10.1016/S1995-7645\(11\)60114-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1995-7645(11)60114-4).
- Lin, Hsin Hui et al. 2019. "Effect of Music Interventions on Anxiety during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *PeerJ* 2019(5): 1–20.
- Liu, Yu-hsiang, Mei-yueh Chang, and Chung-hey Chen. 2010. "Effects of Music Therapy on Labour Pain and Anxiety in Taiwanese First-Time Mothers." : 1065–72.
- Lowe, Nancy K. 2002. "The Nature of Labor Pain." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5 SUPPL.): 16–24.
- Maddocks-Jennings, Wendy, and Jenny M. Wilkinson. 2004. "Aromatherapy Practice in Nursing: Literature Review." *Journal of Advanced Nursing* 48(1): 93–103.
- Maharani, T., and M. Fakhurrozi. 2014. "Hubungan Dukungan Sosial Dan Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester Ketiga." *Jurnal Ilmiah Psikologi Gunadarma* 7(2): 99481.
- Manizheh, Pirdel, and Pirdel Leila. 2009. "Perceived Environmental Stressors and Pain Perception during Labor among Primiparous and Multiparous Women." *Journal of reproduction & infertility* 10(3): 217–23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23926472><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3719331>.
- Mansour Lamadah, Sahar. 2016. "The Effect of Aromatherapy Massage Using Lavender Oil on the Level of Pain and Anxiety During Labour Among Primigravida Women." *American Journal of Nursing Science* 5(2): 37.
- Marofi, Maryam, Motahareh Sirousfard, Mahin Moeini, and Alireza Ghanadi. 2015. "Evaluation of the Effect of Aromatherapy with Rosa Damascena Mill. on Postoperative Pain Intensity in Hospitalized Children in Selected Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences in 2013: A Randomized Clinical Trial." 20(2): 247–54.

- Marwick, Charles. 1996. "Leaving Concert Hall for Clinic, Therapists Now Test Music's 'Charms.'" *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 275(4): 267.
- McNeill, Jennifer A., Fiona A. Alderdice, and Frances McMurray. 2006. "A Retrospective Cohort Study Exploring the Relationship between Antenatal Reflexology and Intranatal Outcomes." *Complementary Therapies in Clinical Practice* 12(2): 119–25.
- Menon, V., and D. J. Levitin. 2005. "The Rewards of Music Listening: Response and Physiological Connectivity of the Mesolimbic System." *NeuroImage* 28(1): 175–84.
- Mi, Kyeong Lee, Bok Chang Soon, and Duck Hee Kang. 2004. "Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women during Labor." *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10(6): 959–65.
- Mobily, Paula R., Keela A. Herr, and Anita C. Nicholson. 1994. "Validation of Cutaneous Stimulation Interventions for Pain Management." *International Journal of Nursing Studies* 31(6): 533–44.
- Mohammad, Nastaran et al. 2010. "Women's Experience of Pain during Childbirth." *Iranian journal of nursing and midwifery research* 15(2): 72–77.
- Mohebitabar, Safieh et al. 2017. "Therapeutic Efficacy of Rose Oil: A Comprehensive Review of Clinical Evidence." *Avicenna journal of phytomedicine* 7(3): 206–13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28748167> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5511972>.
- Mok, Esther, and Kwai Yiu Wong. 2003. "Effects of Music on Patient Anxiety." *AORN journal* 77(2).
- De Moraes Pultrini, Aline, Luciane Almeida Galindo, and Mirtes Costa. 2006. "Effects of the Essential Oil from Citrus Aurantium L. in Experimental Anxiety Models in Mice." *Life Sciences* 78(15): 1720–25.
- Myers, Ronald E., and Susan E. Myers. 1979. "Use of Sedative, Analgesic, and Anesthetic Drugs during Labor and Delivery: Bane or Boon?" *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 133(1): 83–104.
- Nagarathna, R. 1985. "Yoga for Bronchial Asthma." *British Medical Journal (Clinical research ed.)* 291(6507): 1507.

- Namazi, Masoumeh et al. 2014. "Aromatherapy with Citrus Aurantium Oil and Anxiety during the First Stage of Labor." *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16(6).
- Narendran, Shamanthakamani et al. 2005. "Efficacy of Yoga on Pregnancy Outcome." *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11(2): 237–44.
- Nategh, Mohammad et al. 2015. "Effect of Lavender Aromatherapy on Hemodynamic Indices among Patients with Acute Coronary Syndrome: A Randomized Clinical Trial." *Iran Journal of Critical Care Nursing* 7(4): 201–8.
- Neiterman, Elena, and Bonnie Fox. 2017. "Controlling the Unruly Maternal Body: Losing and Gaining Control over the Body during Pregnancy and the Postpartum Period." *Social Science and Medicine* 174: 142–48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.029>.
- Nikfarjam, Masoud, Mahmoud Bahmani, and Saeid Heidari-Soureshjani. 2016. "Phytotherapy for Depression: A Review of the Most Important Medicinal Plants of Flora of Iran Effective on Depression." *Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences* 9(3): 1242–47.
- Nopiska Lilis, Dewi, Lia Artikasari, and Yayang Sukmawati. 2021. "Pengaruh Hydrotherapy Terhadap Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif." *Jambura Journal* 3(1): 94. <http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jjhsr/article/view/7268>.
- Novelia, Shinta, Tantri Wenny Sitanggang, and AFNITA Lutfiyanti. 2019. "The Effect of Yoga Relaxation on Anxiety Levels among Pregnant Women." *Nurse Media Journal of Nursing* 8(2): 86.
- Novitasari, Trias. 2013. "Keefektifan Konseling Kelompok Pra-Persalinan untuk Persalinan Untuk Mengurangi Tingkat Kecemasan." : 184.
- Özkan, G., O. Sağdıç, N. G. Baydar, and H. Baydar. 2004. "Note: Antioxidant and Antibacterial Activities of Rosa Damascena Flower Extracts." *Food Science and Technology International* 10(4): 277–81.
- Phumdoung, Sasitorn, and Marion Good. 2003. "Original Articles Music Reduces Sensation and Distress of Labor." *Pain Management Nursing* 4(2): 54–61.
- Pietta, Pier Giorgio. 2000. "Flavonoids as Antioxidants." *Journal of Natural Products* 63(7): 1035–42.

- Rakhshani, A. et al. 2012. "The Effects of Yoga in Prevention of Pregnancy Complications in High-Risk Pregnancies: A Randomized Controlled Trial." *Preventive Medicine* 55(4): 333–40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.020>.
- Rashidi-Fakari, Fahimeh, Mahbubeh Tabatabaeichehr, and Hamed Mortazavi. 2015. "The Effect of Aromatherapy by Essential Oil of Orange on Anxiety during Labor: A Randomized Clinical Trial." *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 20(6): 661–64.
- Reza, Nikandish et al. 2007. "The Impact of Music on Postoperative Pain and Anxiety Following Cesarean Section." *ProQuest Dissertations and Theses* 19(3): 156-n/a. [http://search.proquest.com/docview/304743684?accountid=14525%5Cnhttp://ucelinks.cdlib.org:8888/sfx\\_local?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/t:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+&+Theses+A&I&atitle=](http://search.proquest.com/docview/304743684?accountid=14525%5Cnhttp://ucelinks.cdlib.org:8888/sfx_local?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/t:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+&+Theses+A&I&atitle=).
- Rosenfeld, C. R., M. D. Barton, and G. Meschia. 1976. "Effects of Epinephrine on Distribution of Blood Flow in the Pregnant Ewe." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 124(2): 156–63. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(16\)33292-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(16)33292-6).
- Saisto, Terhi, Katariina Salmela-aro, Jari-erik Nurmi, and Erja Halmesma. 2001. "Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth." 108(May): 492–98.
- Salvi, Rupali. 2011. "Use of OSCE to Assess ANC Examination." *Sinhgad e-journal of Nursing* 1(2).
- Satyapriya, M., R. Nagarathna, V. Padmalatha, and H. R. Nagendra. 2013. "Effect of Integrated Yoga on Anxiety, Depression & Well Being in Normal Pregnancy." *Complementary Therapies in Clinical Practice* 19(4): 230–36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.06.003>.
- Satyapriya, Maharana, Hongasanda R. Nagendra, Raghuram Nagarathna, and Venkatram Padmalatha. 2009. "Effect of Integrated Yoga on Stress and Heart Rate Variability in Pregnant Women." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 104(3): 218–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.11.013>.
- Schorr, Julie Anderson. 1993. "Music and Pattern Change in Chronic Pain." 4(15): 27–36.

- Shabaniyan, Gholamreza et al. 2011. "Rev Bras Anestesiologi Citrus Aurantium Blossom and Preoperative Anxiety." *Revista Brasileira de Anestesiologia* 61(6): 702–12.
- Shodiqoh, Eka Roisa, Syahrul, and Fahrhani. 2014. "Perbedaan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Antara Primigravida Dan Multigravida." *Jurnal Berkala Epidemiologi* 2: 141–50.
- Siedliecki SL. Good M. 2006. "Effect of Music on Power, Pain." *Journal of Advanced Nursing* 54(5): 553–62.
- Simkin, Penny. 2011. "Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder." *The Journal of Perinatal Education* 20(3): 166–76.
- Simkin, Penny, and April Bolding. 2004. "Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering." *Journal of Midwifery and Women's Health* 49(6): 489–504.
- Smolen, Dianne, Robert Topp, and Lynda Singer. 2002. "The Effect of Self-Selected Music during Colonoscopy on Anxiety, Heart Rate, and Blood Pressure." *Applied Nursing Research* 15(3): 126–36.
- Spice, Kerry et al. 2009. "Prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity." *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 30(3): 168–74.
- Tegethoff, Marion, Naomi Greene, Emmanuel Schaffner, and Gunther Meinlschmidt. 2011. "Stress During Pregnancy and Offspring Pediatric Disease : A National Cohort Study." 119(11): 1647–52.
- Tekur, Padmini, Chametcha Singphow, Hongasandra Ramarao Nagendra, and Nagarathna Raghuram. 2008. "Effect of Short-Term Intensive Yoga Program on Pain, Functional Disability and Spinal Flexibility in Chronic Low Back Pain: A Randomized Control Study." *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 14(6): 637–44.
- Tournaire, Michel, and Anne Theau-Yonneau. 2007. "Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief during Labor." *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 4(4): 409–17.
- Trout, Kimberly K. 2004. "The Neuromatrix Theory of Pain: Implications for Selected Nonpharmacologic Methods of Pain Relief for Labor." *Journal of Midwifery and Women's Health* 49(6): 482–88.
- Vakilian, Katayon, and Afsaneh Keramat. 2013. "The Effect of the Breathing

- Technique With and Without Aromatherapy on the Length of the Active Phase and Second Stage of Labor.” *Nursing and Midwifery Studies* 1(3): 115–19.
- Valiani, Mahboubeh, Elaheh Shiran, Maryam Kianpour, and Marziyeh Hasanpour. 2010. “Reviewing the Effect of Reflexology on the Pain and Certain Features and Outcomes of the Labor on the Primiparous Women.” *Iranian journal of nursing and midwifery research* 15(Suppl 1): 302–10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22069404><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3208928>.
- De Weerth, Carolina, and Jan K. Buitelaar. 2005. “Physiological Stress Reactivity in Human Pregnancy - A Review.” *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 29(2): 295–312.
- Wulandari, Primatia Yogi. 2006. “Efektivitas Senam Hamil Segagai Pelayanan Prenatal Dalam Menghadapi Persalinan Pertama.” *INSAN* 8(2): 1–10.
- Yadav, Raj Kumar et al. 2012. “Efficacy of a Short-Term Yoga-Based Lifestyle Intervention in Reducing Stress and Inflammation: Preliminary Results.” *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 18(7): 662–67.
- Yehuda, Rachel et al. 2005. “Transgenerational Effects of Posttraumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks during Pregnancy.” *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90(7): 4115–18.
- Yuseva Sariati, Era Nurisa Windari, Nur Aini Retno Hastuti. 2016. “Pengaruh Hypnobirthing Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Dan Lama Persalinan.” *Jurnal Ilmiah Bidan* 1(3): 35–44.
- Zeno, Jose A.Lopez, Alan M Peaceman, Joseph Adashek, and Michael L Socol. 1992. “A Controlled Trial Of a Program for the Active Management of Labor.” *The New England journal of medicine* 326(7): 97–100.

## BIOGRAFI PENULIS



**Dr. Ira Kusumawaty, SKp., M.Kes., MPH**, lahir di Surabaya tanggal 20 Maret 1970, merupakan Ibu seorang putri serta dua orang putra. Pendidikan bidang Keperawatan telah digeluti hingga jenjang doktoral. Universitas Indonesia sebagai institusi tempatnya belajar pada jenjang pendidikan strata satu dan strata dua. Strata dua bidang menejamandan kepemimpinan dalam keperawatan, membekalinya untuk menganalisis kegiatan manajemen pelaksanaan program kesehatan. Pendidikan di Kondindlikjke Institute voor de Tropen juga menjadi tempatnya menimba ilmu pada bidang kesehatan masyarakat, telah membekalinya dalam mengurai permasalahan kesehatan dan menganalisis dalam upaya mengidentifikasi solusi permasalahan. Meningkatkan wawasan tak henti dijalani hingga berkesempatan menempuh pendidikan strata tiga di Universitas Gadjah Mada dengan konsentrasi caring perawat dan Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang merupakan tempatnya bekerja hingga saat ini. Berbagai bentuk pengajaran, penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat diupayakan demi mendarmabaktikan keilmuan yang dimiliki untuk memberikan manfaat bagi masyarakat sekitar.





## BAB VI

### KONSEP PERSALINAN

*Yusro Paridah, S. ST*  
*Universitas Sriwijaya*

#### **Konsep Dasar Persalinan**

##### **Definisi Persalinan**

Persalinan merupakan salah satu proses yang fisiologis yang memungkinkan adanya serangkaian perubahan besar pada seorang ibu dengan cara melahirkan janin dengan melewati jalan lahir. Menurut Mayles persalinan merupakan proses wanita melahirkan bayinya dengan langkah awal adanya kontraksi sebagai pertanda akan dimulainya persalinan dan kontraksi akan teratur dan memuncak pada saat proses pengeluaran bayi sampai lahirnya plasenta dan selaputnya dan biasa berlangsung selama 12 sampai 14 jam.

Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta dan membrane dari dalam janin melalui jalan lahir. Berbagai perubahan terjadi pada sistem reproduksi wanita dalam hitungan hari dan minggu sebelum persalinan dimulai (Bobak, 2004). Sedangkan Pillitteri (2002) menyatakan

bahwa proses persalinan terdiri dari 3 tingkatan atau 3 kala yaitu : Kala satu Persalinan merupakan permulaan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). kala dua persalinan, dimulai dengan dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Kala tiga persalianan, dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta, proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta.

Persiapan persalinan yang bertujuan untuk menyiapkan semua kebutuhan selama kehamilan maupun proses persalinan adalah segala sesuatu yang disiapkan dalam menyambut kelahiran anak oleh ibu hamil. Persiapan persalinan pada trimester III meliputi factor resiko ibu dan janin, perubahan psikologi dan fisiologi, tanda – tanda bahaya dan bagaimana meresponnya, perasaan mengenai melahirkan dan perkembangan bayi, tanda – tanda saat hendak melahirkan, respon terhadap kelahiran, ukuran – ukuran kenyamanan situasi kelahiran Caesar dan perawatan yang terpusat pada keluarga (Matterson, 2001).

Sedangkan Sjafriani (2007), menyatakan bahwa dalam persalinan ada 4 hal yang perlu dipersiapkan, yaitu : (1) Fisik, persiapan fisik berkaitan dengan masalah kondisi kesehatan ibu. Dengan adanya perubahan fisiologi sebelum terjadi persalinan kira-kira 2 minggu, dimana ibu akan lebih mudah bernafas karena fundus uteri agak menurun berhubung kepala janin mulai masuk ke dalam pintu atas pinggul (PAP), ibu akan sering buang air kecil (BAK) karena turunnya kepala janin ke dalam PAP yang menekan vesika urinaria serta ibu merasakan adanya gambaran his palsu yaitu kadang-kadang perut mengejang; (2) Psikologis, persiapan pada ibu primigravida umumnya belum mempunyai bayangan mengenai kejadian yang akan dialami saat persalinan terjadi.

Salah satu yang harus dipersiapkan ibu menjelang persalinan yaitu hindari kepanikan dan ketakutan dan bersikap tenang, perhatian dan kasih sayang keluarga akan membantu memberikan semangat untuk ibu yang akan melahirkan dan merupakan motivasi tersendiri sehingga lebih tabah dan lebih siap dalam menghadapi persalinan. Hal lain yang perlu diperhatikan oleh para ibu primigravida adalah dengan cara mencari pengetahuan seluas-luasnya tentang masalah kehamilan dan persalinan dengan membaca buku atau hal-hal lain yang berkaitan dengan masalah

kehamilan serta dapat konsultasi kepada petugas kesehatan; (3) Finansial, persiapan finansial bagi ibu yang akan melahirkan merupakan suatu kebutuhan yang mutlak harus disiapkan dan (4) Kultural, ibu harus mengetahui adat istiadat, kebiasaan, tradisi dan tingkat hidup yang kurang baik selama kehamilan dan ada budaya sangat penting yaitu tradisi untuk membawa plasenta ke rumah (Sjafriani, 2007).

## **Macam-Macam Persalinan**

1. Persalinan Spontan  
Persalinan ini merupakan persalinan yang berlangsung dengan menggunakan bantuan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tanpa bantuan alat.
2. Persalinan buatan  
Persalinan buatan merupakan persalinan yang dibantu oleh tenaga luar seperti pemakaian ekstraksi forceps atau dilakukannya operasi sectio caesaria
3. Persalinan anjuran  
Persalinan anjuran merupakan persalinan yang berlangsung setelah dilakukannya pemecahan ketuban dan pemberian pitocin atau prostaglandin atau tidak dimulai sendiri tetapi ada tambahan perangsang untuk memulai persalinan.

## **Persalinan Berdasarkan Umur kehamilan**

1. Abortus  
Abortus merupakan pengeluaran hasil konsepsi atau hasil kehamilan sebelum umur kehamilan 22 minggu atau berat badan bayi kurang dari 500 gr.
2. Partus Immaturus  
Partus immaturus merupakan pengeluaran hasil konsepsi atau hasil kehamilan pada umur kehamilan 22 minggu dan 28 minggu dengan berat bayi 500 sampai 999 gram
3. Partus Prematurus  
Pengeluaran hasil konsepsi atau hasil kehamilan antara umur kehamilan 28 minggu sampai 37 minggu dengan berat bayi 1000-2499 gr.

4. Partus Maturus atau aterm

Partus ini merupakan partus atau pengeluaran hasil konsepsi dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat bayi 2500 gr atau lebih

5. Partus Postmaturus atau serotinus

Partus ini merupakan proses pengeluaran buah konsepsi atau kehamilan dengan umur kehamilan lebih dari 42 minggu.

## Sebab Terjadinya Proses Persalinan

Awal dimulainya persalinan masih belum diketahui dengan jelas, tetapi ada banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya persalinan atau mempunyai peranan yang penting selama awal persalinan. Dalam beberapa teori disebutkan adanya penurunan kadar hormon progesteron, adanya teori oksitosin, adanya keregangan otot, pengaruh janin dan adanya teori prostaglandin merupakan faktor yang berperan dalam terjadinya proses persalinan.

### 1. Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang berperan untuk menimbulkan adanya relaksasi otot-otot dalam rahim, lain dengan hormon estrogen yang berfungsi untuk meningkatkan kerentanan otot-otot rahim. Dalam masa kehamilan akan ada keseimbangan antara kedua kadar ini di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan maka kadar progesteron akan menurun dan menimbulkan his.

Proses penebaran plasenta terjadi dari umur 28 minggu kehamilan, hal ini terjadi penimbunan pada jaringan ikat, dan pembuluh darah akan mengalami penyempitan dan akan buntu. Produksi progesteron akan menurun dan otot-otot rahim akan lebih sensitif terhadap adanya oksitosin. Sehingga otot-otot rahim akan mulai berkontraksi setelah tingkat penurunan progesteron pada penurunan tertentu.

### 2. Teori Oksitosin

Oksitosin merupakan hormon yang dihasilkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Terjadinya perubahan keseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron dapat mengubah adanya sensitivitas otot-otot rahim, dan menyebabkan kontraksi palsu atau *Braxton Hicks*. Pada akhir kehamilan kadar progesteron akan menurun sehingga hormon

oksitosin akan bertambah dan sensitifitas dari otot-otot rahim mengalami peningkatan dan memicu terjadinya kontraksi.

### 3. **Keregangan Otot-Otot**

Kemampuan otot-otot rahim yang dapat meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu akan terjadi kontraksi sehingga proses persalinan dapat dimulai. Sama halnya dengan Bladder dan lambung, jika dinding lambung merenggang karena isi yang bertambah maka akan timbul adanya kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Hal ini sama dengan rahim atau uterus, dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim juga akan mengalami peregangan sampai batas tertentu. Sebagai contoh, pada saat kehamilan kembar akan terjadi kontraksi karena adanya peregangan dan akan menimbulkan proses persalinan.

### 4. **Pengaruh Janin**

Janin memiliki Hipofise dan kelenjar suprarenal yang mempunyai peranan penting. Pada anencephalus kehamilan akan lebih lama biasa, karena tidak ada pembentukan hipotalamus. pada pemberian kortikosteroid hal ini dapat menyebabkan terjadinya maturasi atau kematangan pada janin dan adanya induksi tanda dimulainya persalinan.

### 5. **Teori Prostaglandin**

Peningkatan konsentrasi prostaglandin dimulai sejak 15 minggu kehamilan yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin ini menjadi praduga salah satu penyebab terjadinya persalinan. Dari hasil percobaan menunjukkan adanya prostaglandin F<sub>2</sub> dan E<sub>2</sub> yang diberikan secara intravena, dan extra amnial akan menimbulkan adanya kontraksi miometrium pada saat kehamilan disegala umur kehamilan. Pada saat hamil, pemberian prostaglandin menyebabkan terjadinya kontraksi pada kehamilan dan menyebabkan janin dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai penyebab terjadinya persalinan. Hal ini dapat didukung dengan adanya peningkatan pada kadar prostaglandin dalam air ketuban atau pada daerah perifer pada ibu hamil pada saat hamil ataupun pada proses persalinan.

## Faktor Pendukung Persalinan

Persalinan membutuhkan usaha total ibu secara fisik dan emosional. Karena itu dukungan moril dan upaya untuk menimbulkan rasa nyaman bagi ibu bersalin sangatlah penting. Ibu mungkin berada dalam tempat persalinan dan kondisi yang berbeda – beda satu sama lain. Perawatan yang diberikan perlu di sesuaikan dengan kebutuhan masing – masing ibu (Depkes RI, 2000).

### 1. Dukungan moril

Kelahiran seorang bayi berpengaruh terhadap seluruh anggota keluarga. Karena itu bila suami atau anggota keluarga lainnya ingin menemani ibu saat bersalin hendaknya di izinkan.

Biarkan mereka memberikan dukungan moril, memperhatikan dan mendengarkan permintaan ibu, serta menolong ibu bila mungkin. Perhatian dan penghargaan terhadap kebutuhan ibu dan keluarganya akan menumbuhkan rasa percaya kepada penolong persalinan. Ibu mungkin merasa tidak nyaman dan nyeri bila ibu cemas akan persalinnya atau bila mempunyai gangguan sebelumnya. Penolong persalinan perlu bersikap tenang dan mampu menenangkan ibu dan keluarganya terutama bila mereka gelisah dan khawatir.

### 2. Kenyamanan

Anjurkan ibu untuk berbaring dalam posisi yang dirasakan paling nyaman. Biarkan ibu melakukan kegiatan seperti berjalan, duduk, jongkok, mengambil posisi seperti akan merangkak atau bersalin, sesuai dengan keinginannya. Gerakan – gerakan tersebut membantu turunnya bayi ke panggul, karena itu anjurkan ibu bergerak aktif. Untuk selanjutnya, ibu yang akan melahirkan tidak dianjurkan berbaring datar pada punggungnya, karena akan mengganggu peredaran darah ke tubuhnya dan janin yang dikandungnya.

### 3. Cairan

Anjurkan ibu minum air selama persalinan untuk mencegah dehidrasi dan memberikan tenaga. Untuk selanjutnya, dehidrasi dapat mengakibatkan kelelahan, memperlambat atau menyebabkan his tidak teratur.

#### 4. Kebersihan

Infeksi yang terjadi pada saat persalinan dapat mengakibatkan, kematian atau kesakitan pada ibu dan bayi. Ibu hendaknya dimandikan, dan mengenakan pakaian bersih pada waktu bersalin, sedangkan penolong persalinan harus sering mencuci tangan dan menggunakan alat yang telah didesinfeksi atau disterilkan.

- Buang Air Besar

Sebelum melahirkan, ibu sedapat mungkin buang air besar terlebih dahulu. Rektum yang penuh akan memberikan rasa tidak nyaman selama persalinan. Bila ibu kesulitan dalam mengosongkan rectum, maka ibu dapat dibantu dengan melakukan edema. Untuk selanjutnya hindari enema atau klimaks pada ibu yang berada dalam tahap lanjut persalinan ibu yang ketubannya telah pecah, ibu yang mengalami perdarahan atau ibu yang menderita hipertensi.

- Buang Air Kecil

Ibu bersalin sebaiknya buang air kecil paling sedikit setiap 2 jam, atau lebih sering lagi bila mungkin. Kandung kemih yang penuh akan menghambat turunnya bayi ke dasar panggul dan memberikan rasa tak nyaman bagi ibu. Selain itu ada juga factor pendukung lainnya seperti, gizi ibu hamil yang tercukupi dan bergizi, melaksanakan perancah persalinan dan pencegahan komplikasi yang mana terdiri dari tafsiran eprsalinan, penolong persalinan, tempat peralinan, pendamping persalinan, transportasi ibu hamil kalau mungkin ibu hamil tersebut jauh dari sarana kesehatan, calon pendonor darah yang sewaktu – waktu ibu hamil mengalami perdarahan hebat sehingga sudah siap pendonor darah, biodata lengkap dari ibu hamil sehingga dapat mengetahui riwayat ibu hamil tersebut (Depkes RI, 2008).

### Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan yaitu untuk upaya kelangsungan hidup dan mencapai derajat yang tinggi bagi ibu dan bayinya dengan berbagai usaha yang terintegrasi dan lengkap serta untuk meminimalisir intervensi dengan asuhan persalinan yang adekuat dan sesuai dengan proses tahapan pertolongan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas persalinan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

## Model Asuhan Kebidanan

Nilai adalah sinyal arah bagi kehidupan kita. Panduan nilai perilaku kita dan mereka memberikan lensa khusus tentang kehidupan yang memandang diri sendiri dalam hubungannya dengan orang lain sebagai baik, buruk, normal, atau tidak biasa. Justru “lensa nilai” inilah yang terbentuk pandangan awal seseorang tentang anak perempuan dan perempuan dan bagaimana mereka seharusnya tidak hanya berperilaku tetapi juga diperlakukan dalam masyarakat seseorang. Bekerja dengan wanita dan merawat wanita adalah esensi dari praktik kebidanan. Oleh karena itu, sangat penting bagi setiap bidan untuk memahami nilai lensa yang dipakai yang dapat memengaruhi cara seseorang berinteraksi dengan dan memberikan perawatan bagi wanita.

Setiap orang dilahirkan ke dalam unit keluarga, bagaimanapun didefinisikan, di wilayah geografis tertentu, dan dalam budaya yang mendefinisikan norma perilaku. Budaya, geografi, dan unit keluarga adalah sumber program awal yang menjadi nilai tingkat usus. Ahli teori nilai seperti Morris Massey dan yang lainnya telah menghabiskan banyak waktu untuk menilai bagaimana seorang individu memperoleh nilai-nilai kunci yang akan mempengaruhi tindakan dan pengambilan keputusan mereka setiap hari. Massey menyarankan bahwa sebagian besar nilai tingkat khusus diprogram pada setiap anak pada usia 10 tahun. Ini menunjukkan bahwa selain keluarga, lokasi geografis, dan budaya, teman, status sosial ekonomi, agama, dan media elektronik (televisi, musik, buku, komputer, dan video) adalah sumber penting nilai-nilai dari anak usia dini. Sebagai individu dewasa, sosialisasi dalam masyarakat dan/atau peran profesional memperkuat nilai-nilai awal, tambahkan yang baru, dan mungkin memerlukan perubahan nilai sebagai pandangan dunia dan pengalaman seseorang berubah.

Sangat sedikit individu yang menghabiskan sisa hidup mereka terbungkus dalam budaya tempat mereka tumbuh atau terisolasi sisa dunia. Fakta ini mengharuskan kita tentang tebelajar dan berusaha memahami keragaman nilai dan budaya di dunia dan bagaimana ini memengaruhi pandangan anak perempuan dan perempuan serta pemberian asuhan kebidanan yang etis. Semua nilai dipelajari dan, dengan demikian, dapat diubah agar sesuai dengan nilai seseorang pandangan yang berkembang

tentang apa yang “baik” atau “benar” dan bagaimana seseorang harus berperilaku sebagai orang dewasa dan berpraktik sebagai bidan.

Rekam sejarah dan peristiwa terkini lintas budaya mengingatkan kita bahwa pandangan dominan tentang anak perempuan dan perempuan sebagai properti, barang, atau benda bertentangan dengan konsep perempuan yang memiliki hak asasi manusia sebagai pribadi—hak untuk kesetaraan, keadilan, atau perlakuan yang adil. Disparitas ini antara tindakan dan nilai mengharuskan kita masing-masing untuk sepenuhnya memahami kekuatan dan keterbatasan nilai-nilai yang kita pegang sebagai individu dan sebagai bidan profesional, dimanapun kita kerja. Kita harus sepenuhnya memeriksa “lensa nilai” kita untuk perilaku diskriminatif berdasarkan gender, budaya, keluarga, atau norma-norma sosial. Salah satu contoh diskriminasi tersebut adalah perilaku seseorang terhadap wanita bersalin yang muncul “di luar kendali”—berteriak, berguling-guling, tidak bisa terhibur. Penulis telah menyaksikan staf profesional berteriak balik, menampar wanita itu seolah-olah untuk mendapatkan perhatian, atau meninggalkannya tanpa pengawasan (pengabaian) karena mereka tidak dapat “menahan perilakunya”—semua tindakan yang tidak profesional dan didorong oleh “pandangan” pribadi tentang apa yang wanita yang bekerja harus lakukan atau bagaimana dia harus bersikap selama persalinan. Contoh lain dari lensa nilai yang bisa mengganggu kemampuan seseorang untuk memberikan kebidanan yang tidak biasa perawatan adalah bidan yang memiliki kesulitan pribadi (nilai bias) menerima bahwa pasangan lesbian menginginkan anak dan mencari bantuan untuk mencapai kehamilan. Pribadi ini nilai sering dapat “dirasakan” oleh klien dan dapat mengakibatkan perawatan kurang optimal.

Sebagai profesional, bidan dituntut untuk mengubah nilai-nilai yang dapat merugikan atau mendiskriminasi perempuan, termasuk diri sendiri. Bidan dituntut menjadi agen bermoral untuk bertanggung jawab atas keputusan dan tindakan mereka. Jika gadis dan wanita benar-benar dihargai sebagai manusia, caranya mereka diperlakukan oleh orang lain akan meningkatkan kesehatan mereka dan kesejahteraan dan tidak dengan sengaja merugikan mereka. Nilai secara signifikan memengaruhi cara kita bertindak dan keputusan yang kita buat. Mereka dapat mengubah cara kita memandang dunia dan peran kita di dalamnya, namun mereka juga dapat

memperkuat kemampuan kita untuk berbuat baik keputusan dalam hidup karena nilai-nilai kita termasuk “kebajikan” yang memandu kehidupan kita sehari-hari. Nilai mencerminkan siapa diri kita.

Kebajikan tersebut meliputi konsep integritas, kejujuran, kewajaran, dan kesetaraan. Namun, nilai dan kebajikan tidak selalu identik dengan perilaku etis dan tindakan. Beberapa nilai kita dapat menyebabkan kita melakukan diskriminasi terhadap orang lain—terutama mereka yang kita anggap “berbeda” dari kita, seperti disebutkan sebelumnya (J. B. Thompson, 2004).

Tujuan dari tindakan etis adalah untuk membuat benar atau benar keputusan dengan alasan yang tepat.<sup>14</sup> Bidan sebagai tenaga profesional diharapkan untuk bertindak secara etis, untuk secara konsisten membedakan yang benar dari yang salah, dan mencoba dalam setiap tindakan yang harus dilakukan baik dan tidak merugikan orang lain. Bahkan, untuk menjadi profesional adalah menjadi etis. Seseorang menggunakan etika untuk memilih yang sesuai tindakan berdasarkan analisis moral yang beralasan. Alasan moral meliputi menganalisis, menimbang, memilih, membenarkan, dan mengevaluasi alasan bersaing untuk mengambil tindakan—langkah-langkah yang sangat mirip dengan proses asuhan kebidanan. Alasan etis atau pembenaran untuk pilihan dan tindakan sering berdasarkan prinsip-prinsip etika universal seperti keadilan, keadilan, berbuat baik dan menghindari bahaya, dan otonomi autonomi manusia yang mengarah pada komitmen terhadap informasi berbagi dan partisipasi informasi dalam keputusan untuk perawatan. Analisis atau refleksi tersebut pada tindakan yang diusulkan mencegah moral bebas untuk semua dengan bersikeras bahwa tidak ada yang bisa mengklaim validitas etis tanpa analisis yang ketat dan keterlibatan semua individu kunci dalam diskusi. Keputusan etis membutuhkan pertimbangan nilai, budaya, dan prinsip etika (J. B. Thompson, 2004).

Asuhan kebidanan dimulai dengan perhatian utama pada alam hubungan antara wanita yang mencari pelayanan kebidanan dan bidan. Keduanya datang ke interaksi ini dengan harapan bahwa hak asasi mereka akan dihormati. Kedua belah pihak dikelilingi oleh nilai-nilai pribadi, budaya, dan pengalaman hidup yang mungkin atau mungkin tidak termasuk pelanggaran hak asasi manusia salah satunya. Nilai dan budaya dibahas dan isu-isu yang mungkin mempengaruhi hubungan

diselesaikan, jika memungkinkan. Pengalaman hidup mungkin dibagikan, tergantung pada kebajikan integritas, kepercayaan, pikiran yang adil, dan/atau kebenaran ketika masing-masing berusaha untuk memahami apa yang mereka bawa ke situasi dan hasil asuhan kebidanan apa yang diharapkan. Semua diskusi ini terjadi dalam konteks hak-hak dasar manusia yang diberikan baik oleh wanita maupun bidan oleh satu sama lain. Kenyataan sering menentukan bahwa bidanlah yang mendeteksi efek merusak dari pelanggaran hak asasi manusia dan bekerja dengan wanita untuk mengatasinya. Itu penting. Oleh karena itu, bidan menghargai hak-hak ini dan mereka berintegrasi ke dalam perawatan setiap wanita.

Amanat etika yang terkandung dalam kode etik memerlukan perhatian hak, kewajiban, dan tanggung jawab bidan profesional dan menyelesaikan lingkaran perawatan. Masing-masing hak/kewajiban/kewajiban etis ini diwujudkan kode secara khusus membahas tugas bidan untuk memberikan perawatan pada wanita dan keluarga yang melahirkan anak dengan menghormati keragaman budaya sambil juga bekerja untuk “menghilangkan bahaya” praktik dalam budaya yang sama. Kode etik memberikan bimbingan kepada bidan dalam merawat wanita dan women mencerminkan filosofi asuhan kebidanan yang dimulai dan berakhir dengan hak wanita untuk membuat pilihan yang tepat tentang kesehatannya dan kesehatan janinnya yang sedang berkembang.

Pendekatan berbasis hak untuk penyediaan kesehatan dan layanan perawatan penyakit harus, karena kebutuhan, mempertimbangkan tanggung jawab terkait yang melekat dalam memiliki hak. Jadi, bidan menghormati kepribadian setiap wanita, sementara juga mengakui bahwa sifat alami dari asuhan kebidanan difokuskan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Ini berarti bahwa wanita itu dalam kemitraan dengan bidan, karena wanitalah yang harus memilih mengejar gaya hidup sehat, untuk membuat keputusan yang terbaik kepentingan dirinya dan janinnya yang sedang berkembang ketika hamil. Oleh karena itu, wanita memikul tanggung jawab untuk hasil keputusannya yang terinformasi. Bidan bertanggung jawab untuk memastikan informasi secara penuh, up-to-date, dimengerti, untuk mendiskusikan kemungkinan pilihan untuk pengambilan keputusan, dan bila tidak berbahaya, untuk memungkinkan wanita untuk memutuskan bagaimana melanjutkan pelayanan kesehatannya. Ini tidak

berarti, namun, kami mengizinkan klien kami memberi tahu kami cara menyediakan asuhan kebidanan. Itu adalah kewajiban profesional/etika kami, dan kita juga harus bertanggung jawab atas keputusan yang kita buat dalam interaksi dengan wanita dan keluarga yang melahirkan anak.

Berdasarkan tinjauan yang telah dilakukan apa artinya menjadi seorang profesional dan pertimbangan apa yang dievaluasi ketika seseorang berlatih secara etis. Kami telah menjelajahi beberapa contoh keterkaitan antara pelanggaran hak dasar dan kesehatan yang buruk, dengan fokus pada wanita. Dan kami telah menjelajahi kerangka hak asasi manusia untuk asuhan kebidanan. Kesehatan yang lebih baik dan layanan perawatan kesehatan dapat menjadi hasilnya, dan wanita layak mendapatkan perawatan terbaik yang dapat kami tawarkan. Nilai wanita sebagai orang sangat penting untuk kesehatan yang baik. Dan nilai wanita sehat menghasilkan anak yang sehat sangat penting untuk pemeliharaan masyarakat. Kesehatan dan perkembangan adalah vital di semua area di dunia, dan wanita memegang kunci untuk kesehatan masa depan. Semua bidan harus memberikan perempuan rasa hormat dan martabat yang berhak mereka dapatkan sebagai mitra penting dan setara dalam masyarakat mana pun (J. B. Thompson, 2004).

Asuhan kebidanan didasarkan pada dan dipengaruhi oleh filosofi. Di dalam perawatan bersalin dua sekolah utama pemikiran tentang melahirkan telah diidentifikasi, kebidanan fisio-sosial dan pendekatan mediko-teknis. Dengan yang pertama, melahirkan dipandang sebagai peristiwa sosial yang normal terjadi dalam keluarga; dan yang tidak perlu diganggu. Dengan pendekatan mediko-teknis, di sisi lain melahirkan dipandang sebagai risiko yang memerlukan intervensi medis dan dianggap normal hanya dalam retrospeksi (Davis-Floyd, 2001; MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Sebagai hasil dari peningkatan persepsi risiko di masyarakat, perawatan bersalin modern telah melihat pergeseran menuju model persalinan yang lebih medis dengan peningkatan pemerintahan dan kontrol (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010). Sistem perawatan kesehatan yang mendukung persalinan fisio-sosial normal yang dikombinasikan dengan model perawatan kebidanan secara global jarang, dan telah digambarkan sebagai 'mercusuar di lautan perawatan medis yang berlebihan.

Ada semakin banyak pengetahuan tentang model perawatan kebidanan yang memandu praktik dan pendidikan. Di banyak bagian dunia, bidan adalah penyedia utama perawatan bagi wanita yang melahirkan anak (ten Hoop-Bender 2014). Namun demikian, terdapat variasi yang cukup besar dalam organisasi layanan kebidanan dan dalam pendidikan serta peran bidan (UNFPA 2014). Selanjutnya, di beberapa negara, seperti di Amerika Utara, dokter medis adalah penyedia perawatan utama untuk sebagian besar wanita yang melahirkan anak, sementara di negara lain, mis. Australia, Selandia Baru, Belanda, Inggris dan Irlandia, tersedia berbagai kombinasi kontinuitas yang dipimpin bidan, yang dipimpin oleh medis, dan model perawatan bersama. Wanita yang melahirkan anak sering dihadapkan pada pendapat yang berbeda mengenai pilihan mana yang terbaik bagi mereka (De Vries 2001). Model filosofis ini menunjukkan konsistensi serta variasi yang berkaitan dengan perbedaan budaya. Ada banyak perdebatan tentang efektivitas klinis dan biaya dari model yang berbeda dari perawatan bersalin (Ryan 2013) dan karenanya melanjutkan perdebatan tentang model perawatan yang optimal untuk perawatan ante-, intra- dan postnatal rutin untuk wanita hamil yang sehat (Sutcliffe 2012; Wals 2012). Ulasan ini melengkapi pekerjaan lain pada model perawatan bersalin dan atributnya, khususnya, karya Hodnett (Hodnett 2012) dan Olsen (Olsen 2012), di mana hubungan antara berbagai pengaturan kelahiran dan hasil kehamilan dievaluasi secara sistematis. Tinjauan ini juga memasukkan tinjauan Cochrane, 'Kesinambungan pengasuh selama kehamilan, persalinan, dan periode pascapersalinan' (Hodnett 2000).

Kesinambungan perawatan adalah cara memberikan perawatan dengan cara yang mengakui bahwa kebutuhan kesehatan wanita bukanlah peristiwa yang terisolasi, dan harus dikelola dari waktu ke waktu (Reid 2002). Aspek longitudinal ini memungkinkan hubungan untuk berkembang antara pasien dan penyedia layanan mereka, dan berkontribusi pada persepsi pasien tentang memiliki penyedia yang memiliki pengetahuan tentang riwayat medis mereka, dan juga harapan bahwa penyedia yang dikenal akan merawat mereka di masa depan (Haggerty 2003). Kontinuitas mengacu pada 'kemajuan perawatan yang terkoordinasi dan lancar dari sudut pandang pasien' (Freeman 2007) dan oleh karena itu keterputusan pada wanita merupakan aspek penting dalam penyampaian perawatan yang berkelanjutan. Literatur umum tentang kontinuitas mencatat bahwa

kurangnya kejelasan dalam definisi dan pengukuran berbagai jenis kontinuitas telah menjadi salah satu keterbatasan dalam penelitian di bidang ini (Haggerty 2003).

Kontinuitas telah didefinisikan oleh Freeman 2007 sebagai memiliki tiga jenis utama - manajemen, informasi dan hubungan. Kesenambungan manajemen melibatkan komunikasi fakta dan penilaian lintas batas tim, institusional dan profesional, dan antara profesional dan pasien. Kontinuitas informasi menyangkut ketersediaan tepat waktu dari informasi yang relevan. Kesenambungan hubungan berarti hubungan terapeutik pengguna jasa dengan satu atau lebih tenaga kesehatan dari waktu ke waktu. Hubungan/kontinuitas pribadi dari waktu ke waktu telah ditemukan memiliki efek yang lebih besar pada pengalaman pengguna dan hasil (Saultz 2003; Saultz 2004; Saultz 2005).

Telah dikemukakan bahwa baik manajemen maupun kontinuitas informasi tidak dapat mengkompensasi kurangnya hubungan yang berkelanjutan (Guthrie 2008). Model asuhan kesinambungan yang dipimpin bidan umumnya bertujuan untuk meningkatkan kesinambungan asuhan selama periode waktu tertentu. Beberapa model asuhan yang dipimpin bidan menawarkan kesinambungan dengan sekelompok bidan, dan yang lain menawarkan kesinambungan pribadi atau relasional, dan dengan demikian model asuhan yang menjadi fokus tinjauan ini didefinisikan sebagai berikut.

Model asuhan kesinambungan yang dipimpin bidan Kesenambungan asuhan yang dipimpin bidan telah didefinisikan sebagai asuhan di mana “bidan adalah profesional utama dalam perencanaan, pengorganisasian, dan pemberian asuhan yang diberikan kepada seorang wanita dari pemesanan awal hingga periode pascakelahiran” (RCOG 2001) . Beberapa perawatan antenatal dan/atau intrapartum dan/atau postpartum dapat diberikan melalui konsultasi dengan staf medis yang sesuai. Dalam model ini, bidan, bagaimanapun, dalam kemitraan dengan wanita, profesional utama dengan tanggung jawab untuk penilaian kebutuhannya, perencanaan perawatannya, rujukan ke profesional lain yang sesuai, dan untuk memastikan penyediaan layanan bersalin. Dengan demikian, model asuhan kesinambungan yang dipimpin bidan bertujuan untuk memberikan perawatan baik di komunitas atau rumah sakit, biasanya untuk wanita sehat dengan kehamilan tanpa komplikasi atau ‘berisiko rendah’.

Dalam beberapa model, bidan memberikan asuhan kebidanan yang berkesinambungan kepada semua wanita dari lokasi geografis tertentu, bertindak sebagai profesional utama bagi wanita yang kehamilannya dan kelahirannya tidak mengalami komplikasi, dan terus memberikan asuhan kebidanan kepada wanita yang mengalami komplikasi medis dan obstetri dalam kemitraan dengan profesional lainnya. Beberapa model asuhan kesinambungan yang dipimpin bidan memberikan asuhan kesinambungan kepada sekelompok wanita tertentu melalui tim bidan yang berbagi beban kasus, yang sering disebut 'tim' kebidanan. Dengan demikian, seorang wanita akan menerima perawatannya dari sejumlah bidan dalam tim, yang besarnya bisa bervariasi. Model lain, sering disebut 'caseload mid-wifery', bertujuan untuk menawarkan kesinambungan hubungan yang lebih besar, dengan memastikan bahwa wanita yang melahirkan anak menerima perawatan sebelum, intra, dan postnatal dari satu bidan atau mitra praktiknya (McCourt 2006). Ada perdebatan terus-menerus tentang risiko, manfaat, dan biaya model tim dan beban kasus dari asuhan yang dipimpin bidan (Ashcroft 2003; Benjamin 2001; Green 2000; Johnson 2005; Waldenstrom 1998).

Model perawatan kebidanan barunya dalam persalinan memiliki banyak hal sama dengan kebidanan seperti yang dijelaskan oleh Konfederasi Bidan Internasional, intinya adalah keterpusatan pada wanita dengan fokus pada kenormalan dalam persalinan. Menurut ini, bidan dalam kemitraan dengan wanita secara non-otoriter, dipersonalisasi cara memastikan perawatan yang relevan dan keamanan dalam melahirkan. Tautan ini model ke salutogenesis karena menekankan pentingnya memperkuat sumber daya individu perempuan itu sendiri dan dirinya rasa koherensi termasuk pengelolaan, pemahaman dan kebermaknaan (Antonovsky, 1996), serta memperkuat sumber dan rasa koherensi bagi bidan ketika mereka menggunakan model dalam praktek.

Model tersebut juga memiliki kesamaan dengan model asuhan kebidanan yang dikembangkan sebelumnya (Berg et al., 2012; J. E. Thompson et al., 1989) terutama mengenai konsep sentral hubungan kebidanan, seperti kehadiran, timbal balik dan pemberdayaan. Konsep kunci kehadiran juga telah didiskusikan dengan klarifikasi tentang cara hadir dalam perawatan kebidanan (L. P. Hunter, 2002; Parratt & Fahy, 2008; Pembroke & Pembroke, 2008) Apa yang ditambahkan model ini ke

teori dan model asuhan kebidanan sebelumnya adalah tema baru suasana ‘tindakan penyeimbang’ dan ‘melahirkan’.

Temuan menunjukkan bahwa asuhan kebidanan disediakan konteks dalam budaya termasuk filosofi perawatan yang berbeda. Ini juga telah disorot oleh rekan-rekan di Norwegia yang melaporkan bahwa bidan harus menggunakan ‘penghakiman kebidanan yang bijaksana’ untuk mengelola perjuangan antara dua sistem kepercayaan (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Begitu juga di Inggris, bidan telah dilaporkan berlatih di lingkungan dengan ideologi yang saling bertentangan (B. Hunter, 2004). Sebuah studi baru-baru ini dari negara itu meneliti apa faktor mendorong atau menghambat kelahiran normal (Kennedy et al., 2010) menunjukkan bahwa hambatan, antara lain adalah penggunaan teknologi yang tidak tepat dan miskin tingkat kepegawaian. Salah satu alasan yang mungkin untuk kebutuhan yang kuat untuk tindakan penyeimbangan bagian bidan adalah sentralisasi asuhan maternitas dan penutupan bangsal bersalin yang dihasilkan di tempat-tempat terpencil, sebagai telah terjadi di Swedia dan Islandia. Hal ini menyebabkan beberapa institusi sibuk dan budaya perawatan rutin. Ini menjadi jelas dalam studi baru-baru ini di Swedia di mana itu ditangkap dalam frasa ‘menunggu izin untuk memasuki dunia bangsal persalinan’ (Nyman et al., 2011). Pose ini ancaman terhadap proses persalinan normal, serta terhadap pengetahuan kebidanan dan nilai-nilai filosofis. Perwalian bidan untuk kelahiran normal tampaknya gagal di beberapa negara. Ini menjadi jelas dalam metasintesis pada praktik kebidanan di lingkungan rumah sakit di Inggris, Wales, Selandia Baru, Irlandia dan Norwegia. Isu umum yang mendominasi wacana bidan adalah kekuasaan dan kontrol, kepatuhan dengan norma-norma budaya, dan upaya untuk menormalkan kelahiran dalam lingkungan medis (O’Connell & Downe, 2009)

Pentingnya suasana di sekitar kelahiran sudah tidak asing lagi, tetapi sebagai sejauh yang kami tahu tidak ada konsep yang diidentifikasi dalam model kebidanan peduli. Deskripsi bidan dalam kelompok fokus menunjukkan bagaimana bidan sering menggunakan pengetahuan dan pengalaman mereka untuk berubah lingkungan ke ‘suasana melahirkan’, melakukan semua jenis penyeimbangan tindakan untuk menggerakkan proses melahirkan ke depan. Subtema ketenangan dan mendukung normalitas dapat dilihat sebagai hal yang vital bagi wanita untuk memiliki

pengalaman positif melahirkan bayinya. Namun, seperti yang ditunjukkan oleh bidan dalam kelompok fokus, tempat kerja bidan sangat mempengaruhi seberapa besar usaha yang dilakukan, dia harus membuat ruang yang memungkinkan untuk digunakan pengetahuannya yang membumi dalam hubungan dengan wanita itu dan keluarganya.

Jelas bahwa bidan dipengaruhi oleh organisasi perawatan kesehatan dan budaya tempat mereka bekerja. Menurut sebuah penelitian baru-baru ini di Inggris untuk kelahiran terencana pada wanita berisiko rendah, tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hasil perinatal yang merugikan antara unit kebidanan yang berdiri sendiri dan unit kebidanan. Namun, ada intervensi secara signifikan lebih sedikit, serta kelahiran lebih 'normal', di unit kebidanan (Birthplace in England Collaborative Group, 2012). Menurut survei di Swedia (Hildingsson et al., 2003), penting bagi semua wanita untuk diberikan pilihan alternatif cara melahirkan. Oleh karena itu merupakan tantangan bagi manajer asuhan kebidanan untuk memberikan asuhan kebidanan yang dipimpin oleh pilihan nyata. Selanjutnya, memberikan sarana dukungan yang penting, misalnya, menggunakan model perawatan yang berorientasi pada kehidupan dunia, termasuk perspektif holistik terhadap wanita dan keluarganya. Manajer dari asuhan kebidanan harus mendukung bidan dalam menggunakan model, menghubungkannya dengan teori profesionalisme yang berkembang dalam kebidanan (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Temuan bahwa bidan memiliki berbagai jenis pengetahuan, pengetahuan dasar mereka, sesuai dengan temuan dari studi lain (Blaaka & Schauer Eri, 2008; L. P. Hunter, 2008). Fakta bahwa bidan menggunakan cara yang berbeda mengetahui dalam praktiknya adalah penting. Untuk mengembangkan perawatan berbasis bukti, pengetahuan 'ada kebutuhan untuk beberapa jenis ilmiah' dengan kekuatan bukti yang sama, terintegrasi dengan pengalaman klinis, pengaturan, keadaan dan perawatan kesehatan (Berg et al., 2012).

Model perawatan lainnya meliputi :

1. perawatan yang diberikan oleh dokter kandungan. Hal ini biasa terjadi di Amerika Utara, di mana dokter kandungan adalah penyedia utama perawatan antenatal bagi sebagian besar wanita yang melahirkan. Seorang dokter kandungan (tidak harus orang yang memberikan

- perawatan antenatal) hadir untuk kelahiran, dan perawat memberikan perawatan intrapartum dan postnatal.
2. Perawatan yang diberikan oleh dokter keluarga, dengan rujukan ke perawatan obstetrik spesialis sesuai kebutuhan. Perawat atau bidan kebidanan memberikan perawatan intrapartum dan segera setelah melahirkan tetapi tidak pada tingkat pengambilan keputusan, dan seorang dokter medis hadir untuk melahirkan.
  3. Model perawatan bersama, di mana tanggung jawab untuk pengorganisasian dan pemberian perawatan, sepanjang pemesanan awal hingga periode pascakelahiran, dibagi di antara para profesional kesehatan yang berbeda. Di berbagai titik selama kehamilan, persalinan, dan periode pascakelahiran, tanggung jawab perawatan dapat dialihkan ke penyedia atau kelompok penyedia yang berbeda. Perawatan sering dilakukan oleh dokter keluarga dan bidan, oleh dokter kandungan dan bidan, atau oleh penyedia layanan dari ketiga kelompok. Di beberapa negara (misalnya Kanada dan Belanda), ruang lingkup praktik kebidanan terbatas pada perawatan wanita yang mengalami kehamilan tanpa komplikasi, sedangkan di negara lain (misalnya Inggris, Prancis, Australia, dan Selandia Baru), bidan memberikan perawatan kepada wanita yang mengalami komplikasi medis dan kebidanan bekerja sama dengan rekan medis. Selain itu, perawatan bersalin di beberapa negara (misalnya Republik Irlandia, Iran dan Lebanon), sebagian besar disediakan oleh bidan tetapi dipimpin oleh dokter kandungan, di mana bidan mungkin memberikan perawatan yang sebenarnya, tetapi dokter kandungan bertanggung jawab secara keseluruhan untuk perawatan yang diberikan kepada wanita selama periode ante-, intra- dan postpartum.

## **Faktor Penyulit Persalinan**

Faktor – faktor penyulit persalinan adalah rendahnya pendidikan ibu, social ekonomi yang rendah, jarak usia anak kurang dari dua tahun, anak lebih dari lima, primigravida kurang dari 145 cm, primitua lebih dari 35 tahun, Hb kurang dari 11 gram persen, tensi systole dan diastole 140 per 90 mmhg (Depkes RI, 1996). Macam macam penyulit persalinan yaitu :

### 1. *Cephalopelvic disproportion* (CPD)

*Cephalopelvic disproportion* adalah penyulit persalinan yang disebabkan adanya ketidaksesuaian kepala janin dengan panggul ibu. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Rahmawati & Agustin, 2019) bahwa CPD adalah salah satu penyulit persalinan yang mengharuskan ibu untuk melakukan seksio sesarea. Hal ini juga didukung oleh penelitian Mulyani 2011 bahwa jumlah seksio sesarea meningkat yang disebabkan karena banyaknya CPD. Dalam penyelamatan ibu dan bayi maka dilakukan tindakan seksio sesarea. Ukuran kepala janin dan panggul ibu menentukan adanya CPD atau tidak dan menentukan pilihan tindakan yang harus dilakukan. Apabila kepala bayi lebih besar daripada panggul ibu maka tindakan penyelamatan yang dilakukan yaitu seksio sesarea karena banyak faktor pertimbangan seperti, ruptur uteri, fistula, adanya infeksi intrapartum, *prolaps funikuli* dan akibat yang fatal adalah kematian pada ibu dan bayi.

### 2. Kehamilan *Post Date*

*Post Date* adalah kehamilan lewat bulan atau lebih dari 42 minggu yang di hitung berdasarkan HPHT. Hal ini merupakan salah satu komplikasi atau penyulit persalinan karena hal ini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Biasanya pada kehamilan lewat waktu kadar hormon oksitosin menurun sehingga menyebabkan hilangnya his sehingga tidak terjadi kontraksi dan tidak bisa dimulai persalinan normal. Pada kehamilan ini berpengaruh pada plasenta yang tidak dapat memberikan nutrisi pada janin yang dikandung serta tidak bisa melakukan pertukaran CO<sub>2</sub>/O<sub>2</sub> yang menyebabkan risiko tinggi janin terdampak asfiksia an hal ini dapat meningkatkan angka kematian ajnin dalam rahim karena terjadi dismatur atau penurunan berat badan janin selama dalam kandungan sehingga tindakan yang harus dilakukan yaitu egera melakukan seksio sesarea agar nyawa ibu dan bayi terselamatkan.

Selain itu kehamilan lewat waktu juga mempengaruhi adanya distosia bahu karena janin yang besar sehingga bayi susah keluar dan menyebabkan distosia bahu. Hal ini dapat menyebabkan resiko kematian bayi.

### 3. Partus Lama

Partus lama merupakan salah satu penyulit persalinan karena persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam. Dalam penelitian Sumelung menunjukkan bahwa 27,55% seksio sesarea di RSUD Liun Kendage

disebabkan karena adanya partus lama. Penyebab terjadinya partus lama yaitu kelainan pada letak dan presentasi bayi, adanya CPD, tidak adanya kontraksi atau his, pimpinan persalinan yang salah, tebusan pecah sebelum waktu, dan adanya kelainan kongenital. Jika terjadi partum lama maka tindakan yang disarankan yaitu penggunaan alat vacum ekstraksi dan juga pertimbangan seksio sesarea karena ditakutkan terjadinya atonia uteri, asfiksia, laserasi jalan lahir, perdarahan dan distress pada janin.

#### 4. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini merupakan penyulit persalinan karena selaput ketuban yang pecah secara spontan 1 jam sebelum terjadi persalinan. Penyebab KPD sendiri masih belum diketahui secara pasti, tetapi ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa adanya bakteri atau sekresi maternal dapat menyebabkan iritasi sehingga dapat menghancurkan selaput ketuban.

Kejadian KPD pada kehamilan trimester 2 bisa disebabkan karena inkompeten serviks. Persalinan preterm harus mendapat perhatian khusus karena bisa meningkatkan angka kematian bayi yang disebabkan infeksi pada janin. Anamnesis dan pemeriksaan dalam biasa dilakukan yang bertujuan untuk memberikan diagnosa. KPD harus segera ditangani karena hal ini menjadi faktor meningkatnya angka kesakitan dan kematian bayi.

#### 5. Letak Sungsang

Letak sungsang adalah penyulit persalinan diakibatkan posisi bayi dengan bokong atau kaki didepan jalan lahir sehingga menjadi penghambat dalam persalinan normal. Hal yang menyebabkan terjadinya letak sungsang masih belum diketahui secara pasti tetapi diperkirakan karena kemampuan uterus yang menyebabkan bayi bergerak bebas didalam uterus. Apabila ibu mengalami letak sungsang dan dilakukan persalinan pervaginam hal ini ditakutkan akan terjadinya laserasi jalan lahir yang besar dan pendilatasi serviks selain itu ditakutkan terjadinya prolaps tali pusat sehingga meningkatkan risiko perdarahan intrakranial bayi, terjadi cedera pada medula spinalis karena terjadi regangan dan manipulasi pada persalinan serta ditakutkan fraktur pada bahu dan lengan. Sehingga biasanya untuk menghindari kesakitan pada bayi dan ibu maka dilakukan seksio sesarea.

## 6. Riwayat Seksio Sesarea pada Persalinan Sebelumnya

Anamnesis dan pemeriksaan fisik diperlukan untuk melihat jaringan parut pada perut bagian bawah ibu dikarenakan apabila ibu mempunyai riwayat seksio sesarea karena ditakutkan terjadinya rupture uteri sehingga pada kasus ini dipertimbangkan melakukan seksio sesarea pada persalinan selanjutnya.

## 7. Preeklamsia

Preeklamsia merupakan penyulit persalinan yang paling banyak ditemukan dengan tingginya kadar protein urin dalam tubuh serta riwayat tekanan darah tinggi yang menyebabkan edema pada ekstremitas ibu yang etrjadi apda kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan. Efek pada preeklamsia bisa menyebabkan eklamsia dna ditakutkan terjadi kejang atau koma selama dilakukan persalinan pervaginam. Diagnosis preeklamsia ditegakkan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala, yaitu penambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan proteinuri. Penambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali. Edema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Tekanan darah >140/90mmHg atau tekanan darah sistolik meningkat . 30 mmHg dan diastolik > 15 mmHG pada saat dilakukan pengukuran tekanan darah.

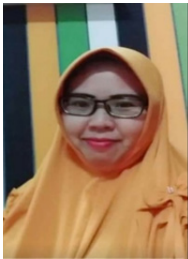
## DAFTAR PUSTAKA

- Antonovsky, Aaron. 1996. "The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion 1." *Health Promotion International* 11(1): 11–18.
- Berg, Marie, Ólöf Asta Ólafsdóttir, and Ingela Lundgren. 2012. "A Midwifery Model of Woman-Centred Childbirth Care - In Swedish and Icelandic Settings." *Sexual and Reproductive Healthcare* 3(2): 79–87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>.
- Birthplace in England Collaborative Group. 2012. "Perinatal and Maternal Outcomes by Planned Place of Birth for Healthy Women with Low Risk Pregnancies: The Birthplace in England National Prospective Cohort Study." *BMJ (Online)* 343(7840).
- Blaaka, Gunnhild, and Tine Schauer Eri. 2008. "Doing Midwifery between Different Belief Systems." *Midwifery* 24(3): 344–52.

- Davis-Floyd, R. 2001. "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(SUPPL. 1): 5–23.
- Halldorsdottir, Sigridur, and Sigfridur Inga Karlsdottir. 2011. "The Primacy of the Good Midwife in Midwifery Services: An Evolving Theory of Professionalism in Midwifery." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(4): 806–17.
- Hildingsson, Ingegerd, Ulla Waldenström, and Ingela Rådestad. 2003. "Swedish Women's Interest in Home Birth and in-Hospital Birth Center Care." *Birth* 30(1): 11–22.
- Hunter, Billie. 2004. "Conflicting Ideologies as a Source of Emotion Work in Midwifery." *Midwifery* 20(3): 261–72.
- Hunter, Lauren P. 2002. "Being With Woman: A Guiding Concept for the Care of Laboring Women." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 31(6): 650–57.
- . 2008. "A Hermeneutic Phenomenological Analysis of Midwives' Ways of Knowing during Childbirth." *Midwifery* 24(4): 405–15.
- Kennedy, Holly Powell et al. 2010. "Normalizing Birth in England: A Qualitative Study." *Journal of Midwifery and Women's Health* 55(3): 262–69.
- MacKenzie Bryers, Helen, and Edwin van Teijlingen. 2010. "Risk, Theory, Social and Medical Models: A Critical Analysis of the Concept of Risk in Maternity Care." *Midwifery* 26(5): 488–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>.
- Nyman, Viola, Soo Downe, and Marie Berg. 2011. "Waiting for Permission to Enter the Labour Ward World: First Time Parents' Experiences of the First Encounter on a Labour Ward." *Sexual and Reproductive Healthcare* 2(3): 129–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2011.05.004>.
- O'Connell, Rhona, and Soo Downe. 2009. "A Metasynthesis of Midwives' Experience of Hospital Practice in Publicly Funded Settings: Compliance, Resistance and Authenticity." *Health* 13(6): 589–609.
- Parratt, Jenny A., and Kathleen M. Fahy. 2008. "Including the Nonrational Is Sensible Midwifery." *Women and Birth* 21(1): 37–42.
- Pembroke, Neil F., and Janelle J. Pembroke. 2008. "The Spirituality of Presence in Midwifery Care." *Midwifery* 24(3): 321–27.

- Rahmawati, Dian, and Lia Agustin. 2019. "Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan Volume 10, No 1 (2019)." 10(1).
- Thompson, Joyce Beebe. 2004. "A Human Rights Framework for Midwifery Care." *Journal of Midwifery and Women's Health* 49(3): 175–81.
- Thompson, Joyce E. et al. 1989. "Theory Building in Nurse-Midwifery. The Care Process." *Journal of Nurse-Midwifery* 34(3): 120–30.

## BIOGRAFI PENULIS



**Yusro Paridah, S. ST**, lahir di Desa Rantau Kadam Kecamatan Muara Rupit Kabupaten Musi Rawas Utara Sumatera Selatan pada 02 Maret 1987. Anak Kelima dari delapan bersaudara lulusan dari Mts Pancasila Bengkulu (2002), SMA Pancasila Bengkulu (2005), DIII Kebidanan Politeknik Depkes Bengkulu (2008), D IV Tri Mandiri Sakti Bengkulu (2012), dan sebagai Mahasiswi S2 Unsri Fakultas Kesehatan Masyarakat Prodi KIA-Kespro Tahun 2021/2022. Dengan riwayat Pekerjaan sebagai ASN di RSJKO Bengkulu (2009-2011), sebagai tenaga Administrasi Kemahasiswaan di Poltekkes Bengkulu (2012-2013), dan sekarang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah M. YUNUS Bengkulu dari tahun 2014 sampai saat ini.





## **BAB VII**

### **FISIOLOGI KEHAMILAN & PERSALINAN**

*Ekasari Retnosari, SST., M.Keb  
Poltekkes Kemenkes Palembang*

#### **Fisiologis Kehamilan**

##### **Konsep Dasar Kehamilan**

Kehamilan dicirikan oleh adaptasi utama pada anatomi, fisiologi, dan metabolisme ibu yang diperlukan untuk mencapai kehamilan yang sukses. Perubahan hormonal secara signifikan mengubah fisiologi ibu dan bertahan selama kehamilan dan periode postpartum. Adaptasi ini sangat mendalam dan mempengaruhi hampir setiap sistem organ, dan pemahaman yang lengkap tentang perubahan ini yang diperlukan untuk membedakan antara perubahan fisiologis dan patologi (Collins et al. 2013).

##### **Perubahan Fisiologi Kehamilan**

###### **1. Perubahan endokrin**

Perubahan fisiologis dan anatomis terjadi selama kehamilan untuk menyediakan lingkungan yang sesuai untuk pertumbuhan dan

perkembangan janin. Perubahan dini sebagian disebabkan oleh tuntutan metabolik yang dibawa oleh janin, plasenta, dan rahim, dan sebagian karena peningkatan kadar hormon kehamilan, terutama progesteron dan estrogen. Perubahan selanjutnya lebih bersifat anatomis dan disebabkan oleh tekanan mekanis dari rahim yang membesar.

- a. Progesteron meningkat selama kehamilan
  - Disintesis oleh korpus luteum sampai hari ke-35 dan oleh plasenta setelahnya.
  - Progesteron meningkatkan relaksasi otot polos (usus, ureter, rahim) dan meningkatkan suhu tubuh.
  - Ini adalah hormon utama yang mencegah persalinan prematur dan sekarang semakin banyak diberikan untuk mencegah persalinan prematur.
- b. Estrogen, terutama estradiol (90%)
  - peningkatan pertumbuhan payudara dan puting susu, dan pigmentasi areola.
  - Meningkatkan aliran darah rahim, pertumbuhan miometrium, pelunakan serviks.
  - peningkatan Sensitivitas dan ekspresi reseptor oksitosin miometrium.
  - peningkatan retensi air dan sintesis protein.
- c. Laktogen plasenta manusia (hPL)
  - Memiliki struktur dan fungsi yang mirip dengan hormon pertumbuhan.
  - Memodifikasi metabolisme ibu menjadi suplai energi ke janin.
  - Peningkatan sekresi insulin, tetapi penurunan efek perifer insulin (membebaskan asam lemak ibu dan hemat glukosa memungkinkan untuk dialihkan ke janin).

## 2. Perubahan pada Hemodinamik

- a. Volume Plasma
  - Adanya peningkatan sebesar 10-15% pada usia kehamilan 6-12 minggu.
  - Memperluas dengan cepat hingga 30–34 minggu.
  - Peningkatan total pada aterm 71100–1600mL (volume plasma total

- 4700–5200 mL, 30–50% meningkat dari keadaan tidak hamil).
  - Kenaikan berat badan yang berlebihan biasanya karena edema.
- b. Volume sel darah merah (atau massa sel darah merah)
- Naik dari 1400 menjadi 1640 mL saat aterm (meningkat 18%).
  - Dengan suplemen zat besi dan folat, meningkat 30% telah dilaporkan.

Perbedaan antara laju peningkatan volume plasma dan massa sel darah merah menghasilkan hemodilusi relatif atau anemia fisiologis dengan konsentrasi hemoglobin (Hb), hematokrit, dan jumlah sel darah merah semua menurun (khususnya pada trimester kedua). Rata-rata konsentrasi Hb sel darah tetap konstan.

- c. Jumlah sel darah putih total
- Meningkatnya jumlah sel darah putih terutama karena adanya leukosit polimorfonuklear dalam neutrofil, yang mencapai puncaknya pada minggu ke-32.
  - Neutrofilia masif lebih lanjut terjadi selama persalinan.
  - Eosinofil, basofil, dan monosit relatif konstan, tetapi eosinofil menurun selama persalinan, hampir tidak ada saat kelahiran.
  - Meskipun jumlah limfosit dan jumlah sel B dan T tetap konstan, fungsi limfosit dan imunitas yang diperantarai sel sangat tertekan, sehingga menyebabkan penurunan resistensi terhadap infeksi virus.
- d. Trombosit
- Sedikit menurun selama kehamilan.
  - Fungsi trombosit tidak berubah.
- e. Faktor pembekuan
- Kehamilan adalah keadaan hiperkoagulasi.
  - Sebagian besar faktor pembekuan meningkat, terutama fibrinogen. Tingkat sedimentasi eritrosit (ESR) juga dapat meningkat hingga 4 kali lipat pada kehamilan.

### 3. Perubahan kardiovaskular

Kehamilan normal ditandai dengan perubahan signifikan pada sistem kardiovaskular yang memastikan suplai darah uteroplasenta yang memadai, serta oksigenasi dan pengiriman nutrisi yang tepat ke janin.

Perubahan kardiovaskular ini juga memungkinkan ibu untuk berfungsi secara normal selama perubahan keadaan fisiologis kehamilan (Hunter and Robson 1992). Perubahan besar terjadi pada sistem kardiovaskular pada kehamilan yang paling signifikan dari perubahan ini terjadi dalam 12 minggu pertama.

- Curah jantung dari 5 hingga 6,5 L/menit dengan volume sekuncup (10%) dan denyut nadi (715 denyut/menit).
- Selama persalinan, kontraksi dapat menyebabkan curah jantung sebesar 2 L/menit, mungkin karena injeksi darah dari ruang intervili yang distensi.
- Dengan pembesaran uterus yang progresif, jantung dan diafragma tergeser ke atas.
- Jantung membesar dan volume meningkat sebesar 70–80 mL karena diastolik meningkat.

Pengisian dan hipertrofi otot. 2 Kehamilan dapat berlangsung secara normal bahkan ketika ibu memiliki alat pacu jantung buatan, kompensasi terjadi terutama dari peningkatan volume sekuncup.

#### 4. **Perubahan Sistem Pernapasan**

- Tingkat diafragma meningkat pada kehamilan dan sudut interkostal meningkat dari 68° pada awal kehamilan menjadi 103° pada akhir kehamilan: pernapasan menjadi lebih diafragmatik daripada kosta.
- Volume tidal meningkat 740% (500-700 mL) karena efek progesteron.
- Kapasitas inspirasi (volume tidal ditambah volume cadangan inspirasi) meningkat secara progresif pada akhir kehamilan.
- Laju pernapasan sedikit berubah, sehingga wanita hamil yang istirahat meningkatkan ventilasi dengan bernapas lebih dalam dan tidak lebih sering.
- Sesak napas sering terjadi pada kehamilan karena tekanan parsial karbon dioksida ( $p\text{CO}_2$ ) ibu diatur lebih rendah untuk memungkinkan janin melepaskan  $\text{CO}_2$ .

#### 5. **Saluran Genital dan payudara**

- a. Rahim
  - Mengalami peningkatan berat badan 10 kali lipat menjadi 1000 g saat cukup bulan.

- Hipertrofi otot terjadi hingga 20 minggu, setelah itu terjadi peregangan serat otot.
- Aliran darah uterus telah terbukti meningkat dari 750 mL/mnt pada 10 minggu menjadi 500-700 mL/mnt pada aterm.
- Arteri uterina dan ovarium serta cabang arteri vesikalis superior mengalami hipertrofi masif.

Rahim dibagi secara fungsional dan morfologis menjadi tiga bagian:

- Serviks
    - Pengurangan kolagen serviks menjelang aterm memungkinkan dilatasinya.
    - Hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan produksi lendir serviks yang banyak, dan pembentukan sumbat lendir tebal atau operkulum yang bertindak sebagai penghalang infeksi.
    - Keputihan meningkat karena ektopi serviks (proliferasi epitel kolumnar ke bagian vagina serviks) dan deskuamasi sel.
  - Isthmus (yang kemudian berkembang menjadi segmen bawah)
  - Badan rahim (korpus uteri)
    - Ukuran meningkat, bentuk, posisi, dan konsistensi.
    - Rongga rahim mengembang dari 4 menjadi 4000 mL.
- b. Vagina
- Jaringan vaskular vena yang kaya dalam jaringan ikat mengelilingi dinding vagina dengan darah dan menimbulkan penampilan yang agak kebiruan.
  - Tingkat estrogen yang tinggi merangsang sintesis dan deposisi glikogen:
    - Aksi lactobacilli pada glikogen dalam sel vagina menghasilkan asam laktat
    - Asam laktat menurunkan pH vagina untuk menjaga vagina relatif bebas dari bakteri patogen.
- c. Payudara
- Duktus laktiferus dan alveoli berkembang dan tumbuh di bawah rangsangan estrogen, progesteron, dan prolaktin.
  - Dari 3-4 bulan, kolostrum (cairan kental, mengkilat, kaya protein) dapat dikeluarkan dari payudara.
  - Prolaktin merangsang sel-sel alveolus untuk mensekresi susu:

- Efeknya diblokir selama kehamilan oleh aksi perifer estrogen dan progesteron
- Segera setelah melahirkan, pemberian hormon-hormon ini secara tiba-tiba memungkinkan prolaktin bekerja tanpa hambatan pada payudara, dan laktasi dimulai.
- Menyusui lebih lanjut merangsang pelepasan prolaktin dan oksitosin: oksitosin merangsang kontraksi sel-sel mioepitel untuk menyebabkan ejeksi susu.

## 6. Fisiologi Perubahan Lain pada Organ

### a. Saluran kemih

Berbagai perubahan anatomi dan fisiologis terjadi pada kehamilan:

- Ukuran ginjal bertambah panjang sekitar 1 cm.
- Dilatasi kaliks, pelvis ginjal, dan ureter yang nyata sejak trimester pertama.
- Refluks vesikoureter terjadi secara sporadis : kombinasi refluks dan dilatasi ureter menyebabkan stasis urin dan meningkatkan infeksi.
- Meskipun otot kandung kemih berelaksasi pada kehamilan, sisa urin biasanya tidak ada setelah berkemih.
- Klirens asam urat meningkat dari 12 menjadi 20 mmol/mL, menyebabkan penurunan kadar asam urat plasma : seiring dengan kemajuan kehamilan, beban asam urat yang disaring meningkat, sementara ekskresi tetap konstan, menghasilkan kadar plasma kembali ke nilai tidak hamil.
- Aliran darah ginjal meningkat 30–50% pada trimester pertama, sejalan dengan peningkatan curah jantung yang terjadi, dan tetap meningkat:
  - Mengakibatkan peningkatan laju filtrasi glomerulus (GFR) dan aliran plasma ginjal yang efektif, menyebabkan penurunan kadar ureum dan kreatinin plasma
  - Berperan penting dalam variabel glikosuria (akibat absorpsi maksimum tubulus yang melebihi volume yang difiltrasi) dan frekuensi berkemih yang terjadi pada kehamilan.

Kreatinin dalam kisaran normal untuk wanita tidak hamil dapat mengindikasikan gangguan ginjal pada kehamilan.

b. Sistem pencernaan

- Penurunan Tonus sfingter esofagus dan perpindahan melalui diafragma akibat peningkatan tekanan abdomen menyebabkan refluks esofagitis (rasa panas di ulu hati).
- Mobilitas lambung rendah dan sekresi lambung berkurang, mengakibatkan pengosongan lambung tertunda.
- Motilitas usus umumnya menurun, dan dengan kemungkinan penyerapan natrium dan air di usus besar, ada kecenderungan konstipasi (Collins et al. 2013).

c. Kulit

- Pigmentasi pada nigra linier, puting susu, dan areola atau chloasma (bercak coklat pada pigmentasi terlihat terutama pada wajah).
- Eritema palmaris dan spider naevi juga sering terjadi.
- Insiden striae bervariasi pada populasi yang berbeda:
  - Mewakili efek gangguan serat kolagen di zona subkutikuler
  - Mungkin terkait dengan efek peningkatan produksi hormon adrenokortikal, serta stres aktual pada kulit yang terkait dengan ekspansi perut yang relatif cepat.

## Fisiologi Persalinan

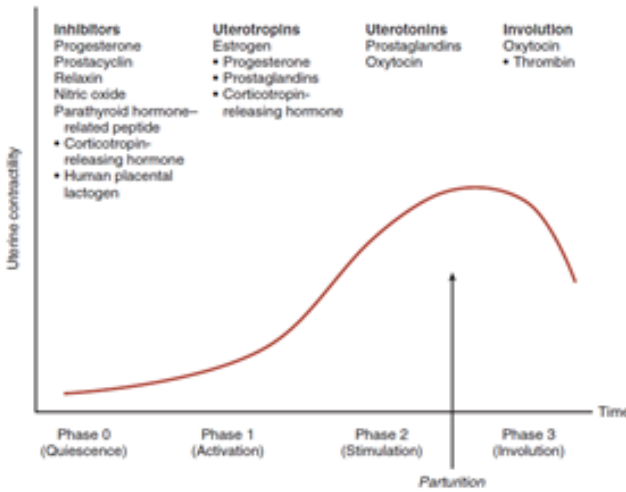
### Konsep Dasar Persalinan Normal

Persalinan didefinisikan sebagai proses pengeluaran janin dari rahim. Lebih khusus lagi, persalinan membutuhkan kontraksi yang teratur dan efektif yang menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks.

Fisiologi inisiasi persalinan belum sepenuhnya dijelaskan, tetapi mekanisme diduga telah ditinjau dengan baik oleh Liao dan rekan (Liao, Buhimschi, and Norwitz 2005). Inisiasi persalinan adalah spesies spesifik, dan mekanisme persalinan manusia unik. Empat fase persalinan dari tenang hingga involusi (Gabbe et al. 2017).

Fase pertama adalah fase tenang, yang menunjukkan waktu dalam rahim sebelum persalinan dimulai, ketika aktivitas uterus ditekan oleh aksi progesteron, prostasiklin, relaksin, oksida nitrat, peptida terkait

hormon paratiroid, dan mungkin hormon lainnya. Selama fase aktivasi, estrogen mulai memfasilitasi ekspresi reseptor miometrium untuk prostaglandin (PG) dan oksitosin, yang menghasilkan aktivasi saluran ion dan peningkatan gap junction.



Gambar 6. Fase Persalinan

Peningkatan gap junction antara sel-sel miometrium ini memfasilitasi kontraksi yang efektif (Garfield, Blennerhassett, and Miller 1988)g. Pada dasarnya, fase aktivasi menyiapkan uterus untuk fase stimulasi berikutnya, ketika uterotonika khususnya PG dan oksitosin yang berfungsi untuk merangsang kontraksi reguler. Pada manusia, proses aterm ini dapat berlangsung lama, terjadi selama berhari-hari hingga berminggu-minggu. Fase terakhir, involusi uterus, terjadi setelah kelahiran dan dimediasi terutama oleh oksitosin. Tiga fase pertama persalinan memerlukan interaksi endokrin, parakrin, dan autokrin antara janin, selaput ketuban, plasenta, dan ibu.

## Mekanisme Persalinan

Persalinan bukanlah proses pasif di mana kontraksi uterus mendorong benda kaku melalui celah tetap. Kemampuan janin untuk berhasil melewati panggul selama persalinan dan kelahiran tergantung pada interaksi kompleks dari tiga variabel: aktivitas rahim, janin, dan panggul ibu. Hubungan kompleks ini telah disederhanakan dalam kekuatan mnemonik, penumpang, bagian.

## 1. **Aktivitas Rahim (Kekuatan)**

Kekuatan mengacu pada kekuatan yang dihasilkan oleh otot-otot rahim. Aktivitas uterus ditandai dengan frekuensi, amplitudo (intensitas), dan durasi kontraksi. Penilaian aktivitas uterus dapat mencakup observasi sederhana, palpasi manual, teknik penilaian objektif eksternal (seperti tokodinamometri eksternal), dan pengukuran langsung melalui kateter tekanan intrauterin (IUPC). Tokodinamometri eksternal mengukur perubahan bentuk dinding perut sebagai fungsi kontraksi uterus dan, dengan demikian, lebih kualitatif daripada kuantitatif. Meskipun memungkinkan tampilan grafik aktivitas uterus dan memungkinkan korelasi akurat pola denyut jantung janin (FHR) dengan aktivitas uterus, tokodinamometri eksternal tidak memungkinkan pengukuran intensitas kontraksi atau nada intrauterin basal. Metode yang paling tepat untuk menentukan aktivitas uterus adalah pengukuran langsung tekanan intrauterin dengan IUPC. Namun, prosedur ini tidak boleh dilakukan kecuali jika diindikasikan mengingat risiko perforasi uterus yang kecil namun terbatas, gangguan plasenta, dan infeksi intrauterin.

Meskipun ada kemajuan teknologi, definisi aktivitas uterus yang “memadai” selama persalinan masih belum jelas. Secara klasik, tiga sampai lima kontraksi dalam 10 menit telah digunakan untuk menentukan persalinan yang memadai; pola ini telah diamati pada sekitar 95% wanita dalam persalinan spontan. Pada persalinan, pasien biasanya berkontraksi setiap 2 hingga 5 menit, dengan kontraksi menjadi sesering setiap 2 hingga 3 menit pada persalinan aktif akhir dan selama kala dua. Aktivitas uterus abnormal juga dapat diamati baik secara spontan atau sebagai akibat dari intervensi iatrogenik. Takisistol didefinisikan sebagai lebih dari lima kontraksi dalam 10 menit rata-rata selama 30 menit. Jika tachysytole terjadi, dokumentasi harus mencatat adanya atau tidak adanya deselerasi DJJ. Istilah hiperstimulasi seharusnya tidak lagi digunakan (Macones et al. 2008).

Berbagai unit ukuran telah dirancang untuk mengukur aktivitas uterus secara objektif, yang paling umum adalah unit Montevideo (MVU), ukuran frekuensi rata-rata dan amplitudo di atas nada basal (kekuatan rata-rata kontraksi dalam milimeter air raksa dikalikan dengan jumlah kontraksi per 10 menit). Meskipun 150 hingga 350 MVU telah dijelaskan untuk

persalinan yang memadai, 200 hingga 250 MVU umumnya diterima untuk mendefinisikan persalinan yang memadai dalam fase aktif (CALDEYRO-BARCIA et al. 1958). Tidak ada data yang mengidentifikasi kekuatan yang memadai selama persalinan laten. Meskipun secara umum diyakini bahwa kontraksi uterus yang optimal dikaitkan dengan kemungkinan peningkatan persalinan pervaginam, data terbatas untuk mendukung asumsi ini. Jika kontraksi uterus “cukup” untuk melakukan persalinan pervaginam, salah satu dari dua hal akan terjadi: serviks akan menipis dan melebar, dan kepala janin akan turun, atau caput succedaneum (edema kulit kepala) dan pembentukan kepala janin (tumpang tindih tulang tengkorak) akan memburuk tanpa penipisan dan pelebaran serviks. Situasi terakhir menunjukkan adanya disproporsi sefalopelvik (CPD), yang dapat berupa absolut, di mana janin terlalu besar untuk melewati panggul, atau relatif, di mana persalinan janin melalui panggul akan dimungkinkan dalam kondisi optimal. tetapi dihalangi oleh malposisi atau sikap kepala janin yang abnormal.

Presentasi mengacu pada bagian janin yang langsung menutupi pintu atas panggul. Pada janin yang berada dalam letak longitudinal, presentasi dapat berupa kepala (verteks) atau sungsang. Presentasi majemuk mengacu pada adanya lebih dari satu bagian janin di atas pintu atas panggul, seperti tangan janin dan verteks. Presentasi funik mengacu pada presentasi tali pusat dan jarang terjadi pada aterm. Pada janin cephalic, presentasi diklasifikasikan menurut landmark tulang terkemuka tengkorak, yang dapat berupa oksiput (verteks), dagu (mentum), atau alis. Malpresentasi, istilah yang mengacu pada presentasi selain vertex, terlihat pada sekitar 5% dari semua persalinan aterm.

Sikap mengacu pada posisi kepala terhadap tulang belakang janin (tingkat fleksi dan/atau ekstensi kepala janin). Fleksi kepala penting untuk memfasilitasi keterlibatan kepala di panggul ibu. Ketika dagu janin ditekuk secara optimal ke dada, diameter suboksipitobregmatik (9,5 cm) muncul di pintu atas panggul. Ini adalah diameter presentasi terkecil yang mungkin dalam presentasi kepala. Saat kepala mengalami defleksi (memperpanjang), diameter yang menuju pintu atas panggul secara progresif meningkat bahkan sebelum ditemukan malpresentasi alis dan wajah dan dapat menyebabkan kegagalan kemajuan persalinan. Arsitektur dasar panggul

bersama dengan peningkatan aktivitas uterus dapat mengoreksi defleksi pada tahap awal persalinan.

Posisi janin mengacu pada hubungan bagian presentasi janin dengan panggul ibu, dan dapat dinilai paling akurat pada pemeriksaan vagina. Untuk presentasi kepala, oksiput janin adalah referensi: jika oksiput langsung anterior, posisinya adalah oksiput anterior (OA); jika oksiput menghadap ke sisi kanan ibu, posisinya adalah oksiput anterior kanan (ROA). Dalam presentasi sungsang, sakrum adalah referensi (sakrum anterior kanan). Dalam presentasi vertex, posisi dapat ditentukan dengan palpasi jahitan janin: jahitan sagital adalah yang paling mudah untuk dipalpasi, tetapi palpasi jahitan lambdoid yang khas harus mengidentifikasi posisi oksiput janin; jahitan frontal juga dapat digunakan untuk menentukan posisi bagian depan vertex.

Paling sering, kepala janin memasuki panggul dalam posisi melintang dan kemudian, sebagai bagian normal dari persalinan, berputar ke posisi OA. Sebagian besar janin melahirkan dalam posisi OA, oksiput anterior kiri (LOA), atau ROA. Malposisi mengacu pada setiap posisi dalam persalinan yang tidak termasuk dalam tiga kategori di atas. Di masa lalu, kurang dari 10% dari presentasi adalah oksiput posterior (OP) saat melahirkan.<sup>30</sup> Namun, analgesia epidural mungkin merupakan faktor risiko independen untuk presentasi OP persisten dalam persalinan. Dalam studi kohort observasional, presentasi OP diamati pada 12,9% wanita dengan epidural dibandingkan dengan 3,3% kontrol ( $P = 0,002$ ) (Cheng, Shaffer, and Caughey 2006). Dalam analisis meta Cochrane dari empat uji coba terkontrol secara acak (RCT), malposisi adalah 40% lebih kemungkinan untuk wanita dengan epidural dibandingkan dengan kontrol; namun, perbedaannya tidak signifikan secara statistik, dan lebih banyak RCT diperlukan (rasio odds [OR] 1,40, interval kepercayaan 95% [CI], 0,98 hingga 1,99). Asynclitism terjadi ketika jahitan sagital tidak langsung sentral relatif terhadap ibu panggul. Jika kepala janin diputar sedemikian rupa sehingga lebih banyak tulang parietal yang ada di posterior, jahitan sagital lebih ke anterior, hal ini disebut sebagai asinklitisme posterior. Sebaliknya, asynclitism anterior terjadi lebih banyak tulang parietal hadir anterior. oksiput transversal (OT) dan posisi OP kurang umum saat melahirkan dan lebih sulit untuk disampaikan.

Station adalah ukuran turunnya bagian presentasi tulang janin melalui jalan lahir. Klasifikasi standar saat ini (-5 hingga +5) didasarkan pada ukuran kuantitatif dalam sentimeter dari jarak tepi tulang terdepan dari spina iskiadika. Titik tengah (0 stasiun) didefinisikan sebagai bidang spina iskiadika ibu. Spina iskiadika dapat dipalpasi pada pemeriksaan vagina sekitar jam 8 dan jam 4. Untuk orang yang tidak kidal, mereka paling mudah dirasakan di sebelah kanan ibu. Kelainan pada salah satu variabel janin ini dapat mempengaruhi jalannya persalinan dan rute kelahiran. Misalnya, presentasi OP diketahui terkait dengan persalinan yang lebih lama, persalinan pervaginam operatif, dan peningkatan risiko persalinan sesar (Cheng, Shaffer, and Caughey 2006; Piper, Bolling, and Newton 1991).

## 2. Panggul Ibu (Passage)

Bagian ini terdiri dari tulang panggul yang terdiri dari sakrum, ilium, iskiium, dan pubis serta resistensi yang diberikan oleh jaringan lunak. Tulang panggul dibagi menjadi panggul palsu (lebih besar) dan benar (lebih kecil) oleh pinggir panggul, yang dibatasi oleh tonjolan sakral, ala anterior sakrum, garis arkuata ilium, garis pektineal pubis, dan puncak pubis yang berpuncak pada simfisis (Gabbe et al. 2017).

## Gerakan Kardinal Dalam Persalinan

Gerakan kardinal mengacu pada perubahan posisi kepala janin selama perjalanannya melalui jalan lahir. Karena asimetri bentuk kepala janin dan tulang panggul ibu, rotasi seperti itu diperlukan agar janin berhasil melewati jalan lahir. Meskipun persalinan dan kelahiran merupakan proses yang berkesinambungan, tujuh gerakan kardinal yaitu:

### 1. *Engagement*

*Engagement* mengacu pada bagian diameter terluas dari bagian presentasi ke tingkat di bawah bidang pintu atas panggul. Pada presentasi kepala dengan kepala tertekuk dengan baik, diameter transversal terbesar kepala janin adalah diameter biparietal (9,5 cm). Di sungsang, diameter terluas adalah diameter bitrochanteric. Secara klinis, keterlibatan dapat dikonfirmasi dengan palpasi bagian presentasi baik secara abdomen maupun pervaginam. Dengan presentasi kepala, keterlibatan dicapai

ketika bagian presentasi berada di stasiun nol pada pemeriksaan vagina. Keterlibatan dianggap sebagai tanda prognostik klinis yang penting karena menunjukkan bahwa, setidaknya pada tingkat pintu atas panggul, tulang panggul ibu cukup besar untuk memungkinkan turunnya kepala janin. Pada nulipara, keterlibatan kepala janin biasanya terjadi pada usia kehamilan 36 minggu. Namun, dalam keterlibatan multipara dapat terjadi kemudian dalam kehamilan atau bahkan selama persalinan.

## 2. ***Descent***

*Descent* mengacu pada bagian bawah dari bagian presentasi melalui panggul. Turunnya janin tidak terus menerus; tingkat penurunan terbesar terjadi pada fase aktif akhir dan selama kala dua persalinan.

## 3. ***Fleksi***

Fleksi kepala janin terjadi secara pasif saat kepala turun karena bentuk tulang panggul dan resistensi yang diberikan oleh jaringan lunak dasar panggul. Meskipun fleksi kepala janin ke dada terjadi pada tingkat tertentu pada sebagian besar janin sebelum persalinan, fleksi lengkap biasanya hanya terjadi selama proses persalinan. Hasil dari fleksi lengkap adalah menunjukkan diameter terkecil kepala janin (diameter suboksipitobregmatik) untuk perjalanan optimal melalui panggul.

## 4. **Rotasi Internal (Putaran Faksi Dalam)**

Rotasi internal mengacu pada rotasi bagian presentasi dari posisi semula saat memasuki pintu atas panggul (biasanya OT) ke posisi AP saat melewati panggul. Seperti halnya fleksi, rotasi internal adalah gerakan pasif yang dihasilkan dari bentuk panggul dan otot-otot dasar panggul.

Otot-otot dasar panggul, termasuk otot coccygeus dan ileococcygeus, membentuk “hammock” berbentuk V anterior yang menyimpang. Saat kepala turun, oksiput janin berotasi ke arah simfisis pubis—atau, yang lebih jarang, ke arah cekungan sakrum—sehingga memungkinkan bagian terluas janin melewati panggul pada dimensi terluasnya. Karena sudut inklinasi antara tulang belakang lumbar ibu dan pintu atas panggul, kepala janin bergerak secara asynclitic (yaitu, dengan satu eminensia parietal lebih rendah dari yang lain). Dengan kontraksi uterus, eminensia parietal leading

turun dan pertama kali menyentuh dasar panggul. Saat rahim berelaksasi, otot dasar panggul menyebabkan kepala janin berotasi hingga tidak lagi asinkron.

## 5. **Ekstensi**

Ekstensi terjadi setelah janin turun ke tingkat introitus. Penurunan ini membawa dasar oksiput ke dalam kontak dengan margin inferior di simfisis pubis. Pada titik ini, jalan lahir melengkung ke atas. Kepala janin dilahirkan dengan ekstensi dan berputar mengelilingi simfisis pubis. Kekuatan yang bertanggung jawab untuk gerakan ini adalah kekuatan ke bawah yang diberikan pada janin oleh kontraksi uterus bersama dengan kekuatan ke atas yang diberikan oleh otot-otot dasar panggul.

## 6. **Rotasi Eksternal (Putaran Faksi Luar)**

Rotasi eksternal, juga dikenal sebagai restitusi, mengacu pada kembalinya kepala janin ke posisi anatomis yang benar dalam kaitannya dengan batang tubuh janin. Hal ini dapat terjadi pada kedua sisi tergantung pada orientasi janin; ini lagi-lagi merupakan gerakan pasif yang dihasilkan dari pelepasan gaya yang diberikan pada kepala janin oleh tulang panggul ibu dan otot-ototnya dan diperantarai oleh tonus basal otot-otot janin.

## 7. **Ekspulsi**

Ekspulsi mengacu pada pengiriman sisa janin. Setelah kepala lahir dan rotasi eksternal, penurunan lebih lanjut membawa bahu anterior setinggi simfisis pubis. Bahu anterior dilahirkan dengan cara yang sama seperti kepala, dengan rotasi bahu di bawah simfisis pubis. Setelah bahu, bagian tubuh lainnya biasanya dikeluarkan tanpa kesulitan.

## **Kemajuan Kerja Normal**

Kemajuan persalinan diukur dengan beberapa variabel. Dengan permulaan kontraksi yang teratur, janin turun di panggul saat serviks menipis dan melebar. Dengan setiap pemeriksaan vagina untuk menilai kemajuan persalinan, klinisi harus menilai tidak hanya penipisan dan pelebaran serviks tetapi stasiun dan posisi janin. Penilaian ini tergantung pada palpasi digital yang terampil dari serviks ibu dan bagian presentasi.

Saat serviks melebar dalam persalinan, serviks menipis dan memendek atau menjadi lebih tipis—dari waktu ke waktu. Penipisan serviks mengacu pada panjang serviks yang tersisa dan dapat dilaporkan panjangnya atau sebagai persentase. Jika persentase digunakan, penipisan 0% pada aterm mengacu pada setidaknya 2 cm panjang atau serviks yang sangat tebal, dan penipisan 100% mengacu pada tidak ada panjang yang tersisa atau serviks yang sangat tipis.

Persalinan terjadi dalam tiga tahap: tahap pertama adalah dari permulaan persalinan sampai pembukaan lengkap serviks; tahap kedua adalah dari pembukaan serviks penuh sampai bayi lahir; dan kala III dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Tahap pertama persalinan dibagi menjadi dua fase: yang pertama adalah fase laten, dan yang kedua adalah fase aktif. Fase laten dimulai dengan permulaan persalinan dan ditandai dengan kontraksi uterus yang teratur dan nyeri serta perubahan serviks yang lambat. Ketika kecepatan pembukaan serviks dipercepat, persalinan laten berakhir dan persalinan aktif dimulai. Onset persalinan merupakan diagnosis retrospektif yang sulit diidentifikasi secara objektif. Ini didefinisikan oleh inisiasi nyeri biasa kontraksi dengan durasi dan intensitas yang cukup untuk menyebabkan dilatasi atau penipisan serviks. Wanita sering berada di rumah selama waktu ini. Oleh karena itu, identifikasi awal persalinan tergantung pada ingatan pasien dan waktu kontraksi sehubungan dengan pemeriksaan serviks. Fase aktif persalinan didefinisikan sebagai periode di mana tingkat dilatasi serviks terbesar terjadi. Identifikasi titik di mana transisi persalinan dari fase laten ke fase aktif akan tergantung pada frekuensi pemeriksaan serviks dan pemeriksaan retrospektif kemajuan persalinan.

## DAFTAR PUSTAKA

CALDEYRO-BARCIA, R et al. 1958. "A QUANTITATIVE STUDY OF THE ACTION OF SYNTHETIC OXYTOCIN ON THE PREGNANT HUMAN UTERUS." *Obstetrical & Gynecological Survey* 13(2). [https://journals.lww.com/obgynsurvey/Fulltext/1958/04000/A\\_QUANTITATIVE\\_STUDY\\_OF\\_THE\\_ACTION\\_OF\\_SYNTHETIC.18.aspx](https://journals.lww.com/obgynsurvey/Fulltext/1958/04000/A_QUANTITATIVE_STUDY_OF_THE_ACTION_OF_SYNTHETIC.18.aspx).

- Cheng, Yvonne W., Brian L. Shaffer, and Aaron B. Caughey. 2006. "Associated Factors and Outcomes of Persistent Occiput Posterior Position: A Retrospective Cohort Study from 1976 to 2001." *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 19(9): 563–68.
- Collins, Sally et al. 2013. *The Obstetrician & Gynaecologist Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology, 2nd Edition*. 3rd ed. United Kingdom: Oxford University Press.
- Gabbe, Steven G. et al. 2017. *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Elsevier.
- Garfield, R E, M G Blennerhassett, and S M Miller. 1988. "Control of Myometrial Contractility: Role and Regulation of Gap Junctions." *Oxford reviews of reproductive biology* 10: 436–90. <http://europepmc.org/abstract/MED/3072507>.
- Hunter, Stewart, and Stephen C. Robson. 1992. "Adaptation of the Maternal Heart in Pregnancy." *Br Heart J* 68(12): 540–43.
- Liao, John B., Catalin S. Buhimschi, and Errol R. Norwitz. 2005. "Normal Labor: Mechanism and Duration." *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 32(2): 145–64.
- Macones, George A. et al. 2008. "The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring: Update on Definitions, Interpretation, and Research Guidelines." *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 37(5): 510–15.
- Piper, Jeanna M., David R. Bolling, and Edward R. Newton. 1991. "The Second Stage of Labor: Factors Influencing Duration." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 165(4 PART 1): 976–79. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(91\)90452-W](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(91)90452-W).

## BIOGRAFI PENULIS



**Ekadewi Retnosari, SST., M.Keb.** Lahir di Prabumulih, 01 Mei 1978. Bunda dari ‘Ghisy’ (Mas Ghif dan adek Syifa) serta istri dari seorang suami yang penuh cinta. Pendidikan terakhir magister kebidanan di Universitas Padjajaran. Saat ini menekuni profesi sebagai dosen Poltekkes Kemenkes Palembang dan aktif juga sebagai

praktisi Bidan Praktik Mandiri sejak tahun 1997. Saya Mencoba untuk membuka gerbang ilmu dengan menulis buku, artikel penelitian dan pengabdian masyarakat yang di publikasi di berbagai Jurnal sebagai bentuk kecintaan saya terhadap dunia Kebianan. Motto hidup saya “Kejarlah akheraatmu, maka dunia akan kau dapat”





## BAB VIII

### PERSALINAN AMAN DAN NORMAL

*Meliyanti, SKM., MKM*  
*Universitas Sriwijaya*

#### **Persalinan Aman**

Pada 2016, sekitar 98,4% kelahiran di Amerika Serikat terjadi di rumah sakit. Dokter menghadiri 90,9% kelahiran di rumah sakit, sedangkan hadirnya bidan sekitar 8,6%. Proporsi kelahiran di rumah sakit dihadiri oleh bidan berada pada titik tertinggi sepanjang masa di Amerika Serikat, dan tarif terus meningkat sejak tahun 1975 ketika bidan menghadiri <1% kelahiran di rumah sakit. Perawat bersertifikat-bidan (CNM) memberikan perawatan untuk 98,5% dari semua di rumah sakit, persalinan yang ditolong bidan.

Asuhan yang dipimpin bidan yaitu, asuhan kebidanan dari pertemuan pertama hingga periode pascapersalinan dikaitkan dengan hasil kelahiran yang menguntungkan dibandingkan model asuhan lainnya (Chapman, 2016). Hasil ini yang mungkin menguntungkan karena filosofi perawatan kebidanan yang mencakup menunggu dengan waspada dan nonintervensi dalam proses normal, penggunaan intervensi dan teknologi yang tepat untuk

masalah potensial kesehatan saat ini atau dan kolaborasi interdisipliner yang diperlukan untuk memberikan kesehatan yang optimal (Yankou et al., 1993).

Ajaran filosofis ini juga dapat membentuk budaya perawatan ibu dimana bidan adalah anggota tim. Penting untuk mengevaluasi apakah ada perbedaan hasil antara rumah sakit dengan model profesional yang berbeda karena semakin banyak bukti menunjukkan bahwa tingkat intervensi kebidanan sangat bervariasi di seluruh rumah sakit dan tidak dijelaskan oleh faktor risiko pasien (Glancel et al., 2014; Kozhimannil et al., 2013). (Attanasio & Kozhimannil, 2018) baru-baru ini melaporkan bahwa Rumah sakit New York menerima lebih banyak kelahiran yang ditolong bidan dan lebih sedikit kelahiran sesar di antara wanita berisiko rendah daripada rumah sakit tanpa bidan. Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh asuhan langsung yang diberikan oleh bidan di rumah sakit tersebut atau perbedaan budaya institusi dan pola praktik di rumah sakit dengan bidan yang mempengaruhi cara tim melakukan asuhan kebidanan (misalnya, dokter, perawat, dan personel pendukung) merawat wanita yang melahirkan anak. Rumah sakit interprofesional menyediakan lebih banyak peluang kerjasama bidan-dokter kandungan. Oleh karena itu, (Attanasio & Kozhimannil, 2018) menemukan bahwa rumah sakit di New York dengan memiliki bidan lebih sedikit kelahiran sesar.

Pernyataan dari *American College of Obstetricians and Gynecologists* dan *the American College of Nurse Midwives* bahwa perawatan berkualitas tinggi untuk wanita terjadi ketika dokter dan bidan bekerja dalam sistem kesehatan yang mendorong kolaborasi. Latihan kolaboratif dan perawatan berbasis tim telah terbukti meningkatkan kualitas, efisiensi, dan nilai perawatan kesehatan. Jika interprofesional rumah sakit di seluruh Amerika Serikat memiliki hasil yang lebih baik daripada rumah sakit noninterprofesional, administrator mungkin mempertimbangkan untuk menambahkan bidan ke dalam campuran praktisi mereka untuk meningkatkan perawatan wanita berisiko rendah dan anak-anak mereka.

Wanita nulipara dengan janin cukup bulan, tunggal, telah diidentifikasi oleh organisasi perawatan ibu terkemuka<sup>10-14</sup> sebagai populasi penting untuk dipertimbangkan ketika menyusun strategi untuk meningkatkan kualitas perawatan kebidanan dan menurunkan angka sesar. Faktor pendorong utama angka sesar secara keseluruhan di Amerika

Serikat adalah tingkat sesar 25,7% di antara ibu nulipara yang berisiko rendah. Meningkatkan perawatan untuk populasi ini adalah kunci untuk mengurangi total sesar karena sekitar 90% dari

ibu yang melahirkan pertama kali dengan operasi caesar akan mengulangi operasi caesar pada kehamilan berikutnya. Karena perjalanan kelahiran pertama seorang wanita sangat menentukan jalannya dan manajemen persalinan. Melahirkan anak di masa depan, mengoptimalkan perawatan dengan kelahiran awal secara tidak langsung akan meningkatkan perawatan kebidanan selanjutnya mempertimbangkan penurunan biaya.

Persalinan dan kelahiran merupakan gejala fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi merupakan peristiwa social dimana seorang ibu dan keluarga menunggu proses tersebut selama 9 (Sembilan) bulan. Dalam Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1998) menjelaskan bahwa persalinan merupakan suatu proses alami yang ditandai oleh terbukanya serviks, diikuti dengan lahirnya bayi dan plasenta. Sedangkan menurut Pranoto (2002), persalinan diartikan sebagai proses membukanya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek saying ibu dan sayang bayi.

Salah satu peran serta suami dalam menurunkan angka kematian ibu adalah suami dapat memastikan persalinan istrinya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dapat berjalan dengan aman. Untuk itu suami perlu diberikan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan yang aman (Depkes RI, 2008). Pengetahuan persiapan persalinan tersebut meliputi :

## **Pengertian Persalinan Aman**

Persiapan persalianan yang aman adalah rencana tindakan yang dibuat bersama antara ibu hamil, suami, dan bidan pada waktu ibu hamil. Termasuk trimester tiga (umur kehamilan di atas enam bulan) untuk memastikan bahwa ibu dapat menerima asuhan yang ibu perlukan, pada saat persalinan dan memastikan ibu melahirkan dengan tenaga kesehatan terampil.

Suami mempunyai peran dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yaitu suami harus bisa memastikan persalinan yang dijalani istrinya

berjalan secara aman dan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan profesional serta berjalan secara aman. Maka dari itu suami harus diberikan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai proses persalinan dan menyiapkan persalinan yang aman.



Gambar 7. Persalinan Yang Aman

### **Tujuan Persiapan Persalinan Aman**

- Ibu hamil, suami dan keluarga tergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman.
- Persalinan direncanakan ditempat yang aman dan ditolong oleh tenaga terampil
- Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu bersalin jika perlu
- Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan bila diperlukan
- Untuk menurunkan kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan
- Meningkatkan kemungkinan dimana ibu akan menerima pelayanan yang sesuai dan tepat waktu.

### **Komponen dalam persiapan persalinan**

Salah satu program yang menjadi prioritas sebagai upaya terobosan untuk percepatan penurunan AKI yaitu Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Kesiapan ibu, keluarga dan seluruh komponen masyarakat merupakan salah satu upaya penting dalam menekan dan mempersiapkan persalinan dalam menghadapi komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas. Prioritas utama dalam menurunkan AKI di Indonesia, didukung oleh Surat Edaran Menteri Kesehatan No. 2008

tentang percepatan pelaksanaan P4K dengan penempelan stiker Program P4K merupakan yang merupakan suatu rangkaian kegiatan pelaksanaan isi stiker dengan tujuan untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai dalam program P4K.



Gambar 8. Stiker P4K

Status kesehatan ibu yang buruk, status kesehatan reproduksinya, akses ke pelayanan kesehatan, serta perilaku kesehatan yang kurang baik dari ibu merupakan penyebab terjadinya komplikasi persalinan. Kesiapan menghadapi komplikasi persalinan pada persalinan ibu merupakan salah satu pencegahan keterlambatan penanganan komplikasi. Komponen persiapan menghadapi persalinan dan komplikasi persalinan meliputi persiapan fisik, persiapan psikis, persiapan penolong dan tempat bersalin, persiapan pendamping persalinan, persiapan dana, persiapan transportasi, persiapan calon donor darah, persiapan perlengkapan ibu dan bayi.

Berdasarkan penelitian (Arneni Gita Puti Ni, Sumiasi Nyoman N, 2018) didapatkan bahwa ada hubungan antara penerapan P4K dengan komplikasi pada persalinan. Semakin baik pemahaman dan pengetahuan ibu mengenai P4K maka semakin baik persiapan ibu dan keluarga mengenai manfaat P4K terutama dalam mencegah komplikasi persalinan agar persalinan berjalan dengan lancar dan aman sesuai dengan tujuan P4K.

Membuat rencana persalinan idealnya setiap ibu hamil dan suami harus mempunyai kesempatan untuk membuat suatu rencana persalinan.

Hal – hal dibawah ini haruslah digali dan diputuskan dalam membuat rencana persalinanan tersebut :

### 1. Menentukan tempat persalinan

Ibu hamil dan suami dapat menentukan tempat bersalin yang diinginkan, untuk menentukan tempat bersalin maka suami harus mengetahui tempat – tempat bersalin yang aman seperti : dirumah ibu hamil atau dirumah orang tua dengan persyaratan lingkungan bersih dan aman, di polindes, di Puskesmas, bidan praktek swasta, dirumah bersalin dan rumah sakit terdekat yang disesuaikan dengan kondisi ibu hamil.



Gambar 9. Tempat Persalinan

### 2. Memilih Rumah Sakit atau Rumah Bersalin

Para wanita yang memilih melahirkan di rumah sakit merasa tenang karena banyak dokter dan bidan yang bekerja disana, sebagian lainnya merasa bahwa melahirkan dengan peralatan teknologi lebih aman, sebagian lebih tertarik fasilitas khusus yang ditawarkan.

### 3. Memilih layanan domino

Layanan domino berarti seorang bidan mendampingi ibu sepanjang masa kehamilan, mengantar ibu untuk proses melahirkan, dan setelah itu kembali menemani ibu pulang kerumah untuk beberapa waktu. Meskipun tidak seperti setiap daerah menyediakan pelayanan ini dan dalam kenyataannya ibu mungkin mendapatkan bidan yang lain dengan bidan yang merawat ibu disepanjang masa kehamilan (Nolan, 2004).

Dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu, akses untuk mendapatkan pelayanan kebidanan haruslah berkualitas dimana hal ini menjadi tanggung jawab pemerintah. Kualitas pelayanan kesehatan ibu

hamil (antenatal care) yang diperoleh akan mempengaruhi kesehatan ibu beserta janinnya, serta mempengaruhi masa nifas dan pada bayi yang dilahirkan (Kementerian Kesehatan, 2010). Pelayanan antenatal care (ANC) diharapkan dapat mendeteksi adanya faktor risiko, serta pencegahan dan penanganan komplikasi.

Hunter meyakini jika ibu hamil tidak menjalani ANC selama kehamilan, risiko komplikasi persalinan akan lebih besar. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu (AKI). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Graham et al., 60% dari semua kematian ibu terjadi dalam minggu pertama persalinan.

Untuk mencapai kesehatan ibu hamil yang terbaik, selain akses terhadap pelayanan medis yang bermutu, lingkungan keluarga dan kondisi sosial ekonomi juga perlu diperhatikan. Menurut Hertz, Hebert dan Landon (1994) dan Ugal (2010), berbagai kondisi kesehatan seperti kualitas lingkungan keluarga, sosial budaya, sikap dan perilaku, serta kondisi sosial ekonomi turut menentukan kesehatan ibu hamil. Perempuan. Ketersediaan sarana sanitasi, sumber air bersih dan aman, standar bangunan tempat tinggal dan konsumsi zat gizi semuanya mempengaruhi kesehatan ibu hamil.

Untuk mencapai kesehatan ibu hamil yang terbaik, selain akses terhadap pelayanan medis yang bermutu, lingkungan keluarga dan kondisi sosial ekonomi juga perlu diperhatikan. Menurut Hertz, Hebert dan Landon (1994) dan Ugal (2010), berbagai kondisi kesehatan seperti kualitas lingkungan keluarga, sosial budaya, sikap dan perilaku, serta kondisi sosial ekonomi turut menentukan status kesehatan ibu hamil. Perempuan. Ketersediaan sarana sanitasi, sumber air bersih dan aman, standar bangunan tempat tinggal dan konsumsi zat gizi semuanya mempengaruhi kesehatan ibu hamil. Dalam penelitian lain, Benova dkk menyatakan bahwa kondisi ekonomi, sosial budaya, dan kualitas hidup berkorelasi positif dengan kualitas ANC. Sementara itu, menurut Azhar, Dharmayanti, dan Ma'ruf (2016), mereka mengamati bahwa status sosial berperan dalam pelayanan kesehatan ibu yang berkelanjutan. Dari hasil penelitian (Dharmayanti et al., 2019) dapat disimpulkan bahwa bidan dan tempat ANC memegang peranan yang sangat penting dalam peningkatan manfaat pada pelayanan antenatal untuk persiapan persalinan yang aman. Maka dari itu, pendidikan dan peran lingkungan sekitar memiliki peran

dalam perubahan perilaku ibu agar melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin dan ideal.

#### 4. Memilih tenaga kesehatan terlatih.

Dalam memilih tenaga yang menolong persalinan banyak faktor yang menjadi pemicu dalam pemilihan tenaga penolong dari penelitian yang dilakukan di Lampung oleh Nurhayati dan Sugiharto didapatkan bahwa salah satu faktor pemicu pemilihan penolong persalinan yaitu adanya perbedaan dalam pengetahuan persalinan oleh ibu. Ibu dengan pendidikan tinggi dan ibu kader kesehatan yang memiliki pengetahuan tentang persalinan akan memilih tenaga penolong profesional seperti bidan, lain halnya dengan ibu yang mempunyai pendidikan rendah dan tidak mengetahui tentang persalinan maka akan memilih dukun bayi sebagai penolong persalinan. Pengetahuan dari ibu sangatlah berpengaruh dalam pengambilan keputusan pemilihan penolong persalinan (Nurhayati & Sugiharto, 2019). Dalam penelitian Een Kurniesih juga disebutkan bahwa faktor persepsi tentang proses persalinan akan menjadi landasan seorang ibu hamil yang akan bersalin mengambil keputusan tentang penolong persalinan (Kurnaesih et al., 2018).

Di samping itu, dalam memilih bidan dan tenaga kesehatan lain motivasi dari ibu juga dipengaruhi oleh peran suami dan karena penyulit dalam persalinan yang tidak dapat ditangani oleh dukun bayi. Selain itu, hal lain yang mempengaruhi keputusan ibu memilih dukun adalah kemampuan dukun yang menjadi penolong persalinan pertamanya mudah dan selamat serta bersedia merawat ibu dan bayi selama 40 hari atau sampai masa nifas selesai dan biaya yang murah. Sikap empati ini yang terkadang terlupakan oleh bidan. Maka walaupun bidan sudah melaksanakan program *Making Pregnancy Safer* (MPS), tetap masyarakat akan memprioritaskan dukun bayi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sayyidah Rungkuti yaitu sebagai pendamping bidan seorang dukun dalam menolong persalinan wajib memiliki pengetahuan standar penanganan persalinan yang aman (Rungkuti, 2015).

Ibu hamil dan suami dapat menentukan siapakah yang akan menolong persalinan. Macam-macam tenaga kesehatan untuk menolong persalinan yang terlatih. Menurut peraturan Permenkes RI No. 97 Tahun 2014 tentang

pelayanan kesehatan sebelum hamil, masa hamil, persalinan, sesudah melahirkan dan penyelenggaraan kontrasepsi serta pelayanan seksual. Tenaga kesehatan penolong persalinan yang memberikan pertolongan saat persalinan meliputi tenaga medis dan non medis yaitu sebagai berikut :

a. Tenaga medis

Tenaga medis adalah tenaga yang profesional dalam bidang kesehatan yang telah menyelesaikan pendidikan di bidang kesehatan dan telah mendapat legalisasi dan Surat Izin Praktek (SIP) dari menteri kesehatan. Tenaga kesehatan ini yaitu dokter umum, dokter spesialis kandungan, bidan, dan perawat yang telah mengikuti pelatihan kebidanan.

- Dokter spesialis kebidanan

Dokter spesialis kebidanan Merupakan dokter yang mempunyai spesialis atau khusus dalam ilmu *obstetric dan ginekologi*. Dokter ini sangat berperan penting dalam upaya penurunan jumlah AKI. Adanya dokter spesialis kebidanan diharapkan dapat dijadikan sebagai tenaga advokasi pada sektor kebidanan. Agar lebih higienis dan bisa mencakup seluruh lapisan masyarakat.

- Bidan

Berdasarkan *International Confederation Of Midwives (ICM)* bidan merupakan seseorang yang telah ikut dalam program pendidikan bidan yang diadakan di negaranya, yang telah lulus dari pendidikan itu, serta memenuhi kualifikasi dan memiliki izin sah untuk membuka dan melakukan praktik bidan.



Gambar 10. Tenaga Kesehatan

b. Tenaga non medis

Tenaga non medis yaitu seseorang atau setiap badan yang memberi pelayanan kesehatan dan bukan berdasarkan pendidikan formal tetapi didasarkan pada pengalaman dan keberanian.

- Dukun paraji terlatih merupakan dukun yang telah dilatih oleh tenakes dan telah dinyatakan lulus
- Dukun paraji tidak terlatih merupakan dukun yang belum pernah mendapat pelatihan dari tenaga kesehatan atau sedang mengikuti pelatihan dan dinyatakan tidka lulus.

Dukun paraji merupakan seorang wanita yang merupakan anggota masyarakat yang telah dipercaya serta memiliki keterampilan dalam menolong persalinan secara tradisional yang diperoleh secara turun temurun.

**5. Bagaimana transportasi ke tempat tenaga kesehatan dan ke tempat bersalin tersebut.**

Bila ibu memilih tempat bersalin bukan dirumah sendiri maka ibu dan suami perlu mengetahui berapa jarak yang ditempuh ke tempat bersalin, apakah ada kendaraan umum, kalau tidak bagaimana cara ibu menuju ke tempat bersalin, meminjam kendaraan keluarga atau tetangga, apakah ada ambulan desa.

**6. Pendamping persalinan**

Keberadaan pendamping akan membawa dampak yang baik pada proses persalinan karena dapat memberikan dukungan, semangat, dan rasa aman. Jika seorang wanita ingin didampingi selama proses persalinan, mintalah kepada suami atau keluarga yang terdekat (Huliana,2001).



Gambar 11. Pendamping persalinan

Dukungan yang perlu diberikan meliputi:

- Memberikan dukungan psikologi terhadap perubahan fisik dan emosional pada ibu hamil
- Mempersiapkan keuangan keluarga untuk kelahiran anak dengan mulai menabung sejak usia dini kehamilan
- Mengingat dan menemani ibu memeriksakan kehamilan
- Membantu pekerjaan rumah tangga dan meningkatkan ibu hamil agar beristirahat
- Menghentikan kebiasaan merokok terutama didalam rumah
- Menghentikan kekerasan pada ibu hamil
- Merencanakan dimana akan bersalin, siapa penolong persalinan serta tempat rujukan apabila ditemui kegawatdaruratan.
- SIAGA (Siap Antar Jaga) :
  - Siap jika melihat tanda – tanda bahaya kehamilan
  - Antar ketempat pelayanan bila akan melahirkan dan siap menjadi donor darah bila diperlukan
  - Jaga ibu selama hamil, melahirkan dan nifas
- Mencegah kekerasan pada ibu hamil, baik secara psikis, ekonomi dan fisik
- Mengantarkan dan menolong ibu untuk memberikan ASI Eksklusif (BKKBN, 2004).

7. **Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut. Apakah ibu mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, asuransi kesehatan, Jamsostek, dana sehat dan tabulin. Ibu dan suami sudah mengetahui berapa jumlah biaya persalinan yang dibutuhkan.**
8. **Siapa yang akan menjaga keluarganya jika ibu tidak ada. Apakah ibu dan suami sudah menghubungi orang yang menjaga rumah dan keluarga bila ibu bersalin.**
9. **Donor darah**

Donor darah juga perlu dipersiapkan untuk persalinan. Ini tambahan darah bisa langsung ditangani, jadi ibu hamil perlu mencari orang yang golongan darahnya sama dan bersedia untuk mendonorkan darahnya (Pusdiknakes, 2003).

10. **Penting bagi bidan dan suami untuk mendiskusikan :**

- Siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga ?ibu hamil dan suami sebaiknya menentukan pembuat keputusan utama, apakah suami, orang tua, mertua atau orang yang dituakan dalam keluarga.



Gambar 12. Mempersiapkan persalinan

- Siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan ? Setelah ibu dan suami memutuskan pembuatan keputusan utama, ibu dan suami juga telah menentukan pembuat keputusan pengganti bila pembuat keputusan utama tidak ada.



Gambar 13. Penentuan Keputusan

- Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan.



Gambar 14. Ambulance

- Banyak ibu meninggal karena komplikasi yang serius selama kehamilan, persalinan atau pasca persalinan tetapi tidak mempunyai jangkauan transportasi yang dapat membawa mereka ke tingkat asuhan kesehatan yang dapat memberikan asuhan yang kompeten untuk masalah mereka. Setiap keluarga harus mempunyai suatu rencana transportasi untuk ibu jika ia mengalami komplikasi dan segera dirujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi.

Rencana transportasi untuk ibu jika ia mengalami komplikasi dan segera dirujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi. Rencana ini perlu dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan.

- Dimana ibu akan bersalin bila terjadi komplikasi. Di Puskesmas yang ada di Desa, atau rumah sakit di kota.



Gambar 15. Fasilitas Kesehatan

- Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan dan sudah merencanakan transportasi yang akan digunakan.
- Ke fasilitas kesehatan yang mana ibu tersebut harus dirujuk. Seperti Rumah Sakit yang mampu memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar yang dikenal dengan PONEK atau PONEK (Komprehensif).
- Bagaimana cara mendapatkan dana jika terjadi kegawat darurat. Apakah sudah dipersiapkan dana, meminjam dari keluarga lain, apakah ada dana masyarakat yang sudah disiapkan secara bersama di desa tempat ibu tinggal.



Gambar 16. Perawatan Bayi

- Bagaimana cara mencari donor darah yang potensial.
- Apakah di desa tempat ibu tinggal sudah mempunyai daftar golongan darah masyarakat, apakah ada keluarga yang mempunyai golongan darah yang sama dengan ibu hamil. Apakah di tempat ibu tinggal sudah ada kerjasama antara pelayanan kesehatan dengan Palang Merah Indonesia.



Gambar 17. Keluarga yang bersedia donor

- Keluarga harus dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan jika terjadi kegawatdaruratan. Banyak sekali kasus, ibu tidak mencari asuhan atau mendapatkan asuhan karena mereka tidak mempunyai dana yang diperlukan.



Gambar 18. Pemeriksaan Ibu Hamil

- Seorang suami dapat memberikan segala sesuatunya untuk persalinan. Seperti pembalut wanita atau kain, baju ibu yang memudahkan untuk menyusui bayinya, sabun, seprei, perlengkapan bayi dan menyimpannya untuk persiapan persalinan.



Gambar 19. Persalinan Yang Di Tolong Oleh Bidan

- Keluarga harus dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan jika terjadi kegawatdaruratan (Depkes RI, 2008).



Gambar 20. Bidan Terlatih

## Persalinan Normal

### Pengertian Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2005).

Pada persalinan normal, terdapat beberapa fase :

1. Kala I dibagi menjadi 2
  - Fase laten : Pembukaan serviks 1 hingga 3 cm, sekitar 8 Jam,
  - Fase aktif : Pembukaan Servisk 4 hingga lengkap (10 cm), sekitar 6 Jam.

2. Kala II : Pembukaan lengkap sampai bayi lahir, 1 jam pada primigravida, 2 jam pada multigravida.
3. Kala III : segera setelah lahir sampai plasenta lahir lengkap, sekitar 30 menit.
4. Kala IV : segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam post-partum.

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjosastro, 2002).

Beberapa istilah yang dipakai adalah:

- Gravida adalah seorang wanita yang sedang hamil
- Primigravida adalah seorang wanita yang baru pertama kali hamil
- Multigravida adalah wanita yang sudah berkali-kali hamil
- Nulipara adalah wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang dapat hidup di dunia luar (viable).
- Para adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi
- Primipara adalah wanita yang telah melahirkan satu kali
- Multipara adalah wanita yang telah melahirkan beberapa kali bayi
- Grande multipara adalah wanita yang telah melahirkan 6 kali atau lebih.
- Paritas adalah jumlah kelahiran bayi yang lalu yang dapat hidup di dunia luar.
- Parturient adalah seorang wanita yang sedang dalam persalinan atau dalam inpartu
- Peurpura adalah seorang wanita yang baru saja selesai melahirkan bayi.
- Abortus adalah pengeluaran kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar.

## Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki “bulan-nya” atau “minggu-nya” atau hari-nya. Yang disebut kala pendahuluan. Kala pendahuluan memberikan tanda-tanda sebagai berikut (Mochtar, 2011):

- *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.
- Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung

kemih tertekan oleh bagian bawah janin.

- Perasaan nyeri di perut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut "false labor pains".
- Serviks menjadi lembek; mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).

Tanda-tanda Inpartu :

- Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada pada serviks.
- Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
- Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

## Perubahan Fisiologi

### 1. Kala I

- Uterus

Awal kontraksi uterus terjadi pada fundus dan akan menyebar kedepan dan kebawah abdomen. Kontraksi akan berakhir dengan masa yang terpanjang dna sangat kuat. Saat uterus sedang berkontraksi dan relaksasi maka akan menyebabkan kepala janin masuk dalam rongga pelvik.

- Serviks

Serviks berubah menjadi lembut pada saat sebelum onset persalinan :

- Effacement atau penipisan, pada saat penipisan serviks yang berhubungan dengan kemajuan pemendekan dna penipisan pada serviks. Maka panjang serviks pada saat akan bersalin akan berubah dalam beberapa mm sampai 3 mm. dengan dimulainya persalinan panjang serviks akan berkurang dan menjadi pendek dan akan menipis yang disebut sebagai menipis sepenuhnya.
- Dilatasi yang berhubungan dengan adanya pembukaan progresif dari serviks untuk mengukur adanya dilatasi maka digunakan jari tangan sampai ukuran 10 cm atau pembukaan lengkap.
- Blood show merupakan darah yang keluar sedikit dari serviks yang menandakan akan merupakan tanda persalinan (Kurniarum, 2016).

## 2. Kala II

Persalinan pada kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi yang biasanya berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Fisiologi pada kala II yaitu :

- His akan bertambah kuat, kontraksi selama 50-100 detik, datang setiap 2-3 menit
- Ketuban pecah pada kala ini dengan ditandai keluarnya cairan yang kekuning-kuningan jernih dan banyak
- Pasien mulai ingin mengejan
- Pada akhir kala II perinium akan menonjol tanda kepala akan keluar, vulva membuak dan rektum terbuka
- Pada puncak his, bagian kecil kepala akan nampak di vulva dan jika his berhenti maka akan hilang, hal ini disebut dengan kepala membuka pintu
- Lalu lingkaran besar akan terpegang di vulva sehingga tidak bisa mundur lagi tonjolan tulang ubun-ubun lahir dan subocciput dibawah symphysis yang disebut kepala keluar pintu
- Pada his selanjutnya dengan arah ekstensi maka lahir ubun-ubun besar, dahi, mulut pada commisura posterior. Untuk primi dengan perinium kaku akan menyebabkan robekan sehingga akan diminimalisir dengan melakukan penahananana pada saat kepala bayi akan keluar sehingga robekan tidak membesar.
- Setelah kepala lahir akan melakukan putaran faksi luar dan pada his berikutnya bahu belakang lalu disusul lahirnya bahu depan dan seluruh badan terlahir.
- Setelah bayi lahir sering keluar sisa ketuban yang bercampur dengan darah
- Lama kala II pada primi kurang lebih 50 menit dan pada multigravida sekitar 20 menit.

## 3. Kala III

Setelah bayi lahir dan air ketuban sudah tidak ada lagi kontraksi akan terus berlangsung dan uterus akan mengecil. Berkurangnya ukuran uterus akan menyebabkan lepasnya plasenta yang menempel pada dinding uterus. Plasenta akan menebal dan mengkerut lalu akan memisahkan dari uterus dan sebagian pembuluh darah akan robek saat plasenta lepas sehingga bekas tempat plasenta akan berdarah hingga uterus berkontraksi. Setelah plasenta lahir, uterus akan terus berkontraksi dan menekan semua

pembuluh darah sehingga perdarahan bisa dihentikan. Pada saat kala III ini ibu akan kehilangan darah sekitar 350-260 cc/ menit dari tempat melekatnya tadi. Terkadang uterus tidak berkontraksi sepenuhnya maka dari itu kelahiran plasenta yang cepat segera setelah lepas dari dinding uterus adalah tujuan dari bidan yang kompeten dalam menangani kala III.

#### 4. Kala IV

Setelah plasenta lahir maka tinggi fundus uteri akan menurun atau dengan ukuran kurang dari 2 jari dari pusat. Otot-otot pada uterus yang berkontraksi, pembuluh darah akan membentuk anyaman otot-otot uterus akan terjepit dan proses ini yang akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir.

## Tahap Persalinan

Menurut Sarwono (2005), persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu :

### 1. Kala I (kala pembukaan)

Kala satu persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan *serviks* yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam.

Menurunkan kelahiran sesar pada persalinan pertama dengan aman merupakan prioritas nasional di Amerika Serikat. Strategi untuk mengurangi sesar direkomendasikan oleh *American College of Obstetricians dan Ginekolog* (ACOG) dan organisasi ibu-anak lainnya (*The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2019). Rekomendasi ACOG termasuk menunda persalinan masuk untuk wanita berisiko rendah dengan status meyakinkan sampai persalinan aktif dimulai, menilai kemajuan persalinan menggunakan norma-norma kontemporer pelebaran serviks, dan menghilangkan lambat tapi kemajuan progresif dalam tahap pertama persalinan sebagai indikasi untuk persalinan sesar.

Menetapkan definisi berbasis bukti untuk distosia persalinan (perkembangan persalinan yang lambat dan abnormal) juga direkomendasikan. Dalam praktik kontemporer, distosia adalah indikasi paling umum dan subjektif untuk operasi caesar primer, terhitung sekitar setengah dari kelahiran operasi caesar primer (Barber et al., 2011; Boyle et al., 2013; Zhang et al., 2010)

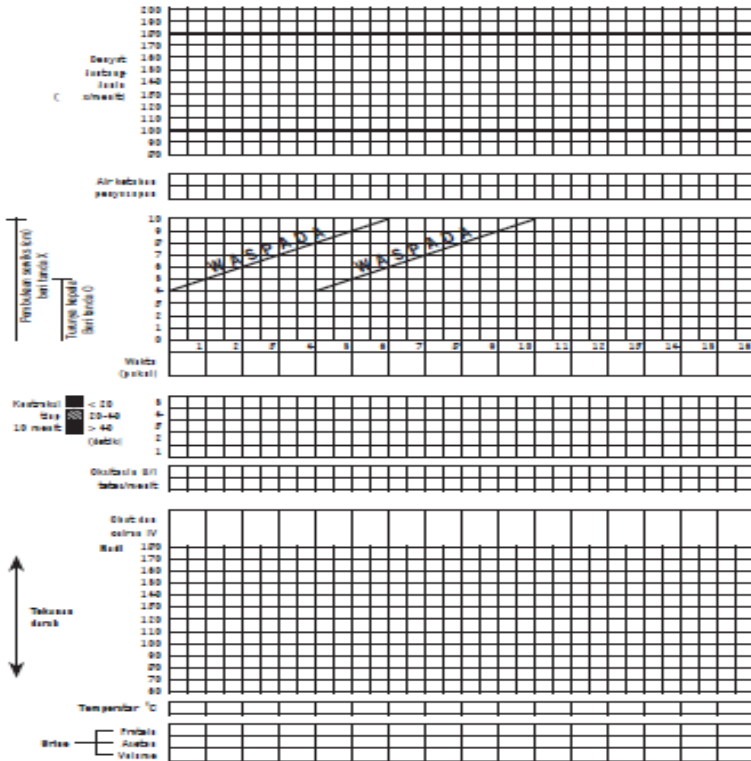
Neal dan Lowe mengembangkan partograf fisiologis yang mengemas rekomendasi ACOG yang disebutkan di atas ke dalam alat klinis yang memberikan gambaran tentang pelebaran serviks selama persalinan (Neal et al., 2016; Neal & Lowe, 2012). Partograf ini memberi dokter konsisten, pendekatan berbasis bukti untuk mendiagnosis onset persalinan aktif, menilai kemajuan persalinan aktif, dan mendiagnosis distosia selama tahap pertama persalinan di antara nulipara pada wanita dengan aterm, tunggal, janin vertex dan permulaan persalinan spontan.

Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan penggunaan partograf untuk menilai kemajuan persalinan untuk wanita di kedua pengaturan berpenghasilan tinggi dan rendah, namun, mereka jarang digunakan di Amerika Serikat. partograf Neal dan Lowe, berdasarkan norma-norma kontemporer untuk pelebaran serviks yang dirancang untuk penggunaan prospektif dalam pengaturan klinis untuk cadangan yang aman diagnosis distosia untuk wanita nulipara dalam persalinan aktif dengan 10% kemajuan persalinan paling lambat (Neal & Lowe, 2012) menilai kemajuan pelebaran serviks menggunakan norma kontemporer, dan mendiagnosis distosia persalinan menggunakan definisi berbasis bukti. Untuk data yang kuat dari rumah sakit di Amerika Serikat memungkinkan untuk evaluasi sistematis dari pola praktik kebidanan. Melalui ini, kita dapat memperkirakan efek implementasi luas dari rekomendasi ACOG.

Berdasarkan studi (Neal et al., 2018) sebagian besar wanita nulipara termasuk dalam studi Konsorsium persalinan yang aman diterima di tempat persalinan sebelum onset persalinan aktif sesuai dengan pedoman diagnostik persalinan aktif baru. Wanita-wanita ini memiliki kemungkinan yang meningkat untuk augmentasi oksitosin, kelahiran sesar, dan efek samping hasil neonatus. Apalagi perempuan mengaku persalinan aktif tetap berisiko untuk operasi caesar dengan kemajuan yang lambat, bahkan ketika kemajuan adalah fisiologis berdasarkan norma pelebaran serviks kontemporer diwakili oleh partograf fisiologis. Menerapkan pendekatan standar dan berbasis bukti untuk mendiagnosis onset persalinan aktif, menilai kemajuan, dan mendiagnosis distosia dapat secara signifikan dan aman menurunkan tingkat sesar di Amerika Serikat.

### PARTOGRAF

No. Register  Nama Ibu : ..... Umur: ..... G ... P ... A ... Hamil ..... minggu  
 RS/Poli/Instansi/RS  Masuk Tanggal: ..... Pukul: .....  
 Nomor Papan Sajak Pukul: ..... Waktu Sajak Pukul: ..... Alamat Sajak Pukul: .....



Gambar 21. Gambar Patograf

Tabel 1. Penilaian dan intervensi selama kala I

Parameter	Frekuensi pada kala I Laten	Frekuensi pada Kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 Jam	Tiap 4 Jam
Suhu tiap 4 jam	Tiap 2 Jam	
Nadi	Tiap 1 Jam	Tiap 30 – 60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 30 – 60 menit	Tiap 30 menit
Kontraksi tiap 1 jam	Tiap 30 Menit	

Pembukaan serviks	Tiap 4 Jam*	Tiap 4 Jam*
Penurunan kepala	Tiap 4 Jam*	Tiap 4 Jam*
Warna Cairan amnion	Tiap 4 Jam*	Tiap 4 Jam*

\*Dinilai pada setiap pemeriksaan dalam

Terdapat 2 fase pada kala satu, yaitu :

- Fase laten  
Merupakan periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.
- Fase aktif  
Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3 – 4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase, antara lain :

- Fase *akselerasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- Fase *dilatasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- Fase *deselerasi*, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo,2005).

Pada kala I tugas penolong adalah mengawasi dan menanamkan semangat kepada ibu bahwa proses persalinan adalah fisiologis tanamkan rasa percaya diri dan percaya pada penolong.

Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah, wanita inpartu boleh duduk atau berjalan – jalan. Jika berbaring, sebaiknya ke sisi terletaknya punggung janin. Jika ketuban sudah pecah, wanita tersebut dilarang berjalan-jalan

harus berbaring. Periksa dalam pervaginam dilarang, kecuali ada indikasi, karena setiap pemeriksaan akan membawa infeksi, apalagi jika dilakukan tanpa memperhatikan sterilitas. Pada kala pembukaan dilarang mengedan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya, kala I berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10 cm.

Tabel 2. Yang harus diperhatikan dalam persalinan kala I

Kemajuan	Tanda dan gejala	Keterangan
Persalinan	a. Kontraksi tidak profresif teratur Kecepatan pembukaan serviks $\leq$ 1cm/jam b. Serviks tidak dipenuhi bagian bawah janin	a. Lihat tatalaksana persalinan lama
Kondisi Ibu	a. Denyut nadi meningkat b. Tekanan darah turun c. Terdapat aseton urin	a. Kemungkinan dehidrasi atau kesakitan b. Nilai adakah perdarahan c. Curiga asupan nutrisi kurang, beri dekstroza IV bila perlu
Kondisi Bayi	a. Denyut Jantung $<100$ atau $>180$ /menit b. Posisi selain oksiput anterior dengan fleksi sempurna	a. Curiga kemungkinan gawat janin b. Lihat tatalaksana malposisi/malpresentasi

Selain kondisi di atas, ada beberapa tindakan yang sering dilakukan namun sebenarnya tidak banyak membawa manfaat bahkan justru merugikan sehingga tidak dianjurkan melakukan hal hal berikut :

- Kateterisasi kandung kemih rutin : dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih. Lakukan hanya jika ada indikasi.
- Posisi terlentang : dapat mengurangi detak jantung dan penurunan aliran darah uterus sehingga kontraksi melemah
- Mendorong abdomen : menyakitkan bagi ibu, meningkatkan risiko rupture uteri
- Mengedan sebelum pembukaan serviks lengkap, dapat menyebabkan

endema dan/atau laserasi serviks

- Enema
- Pencukuran rambut pubis
- Membersihkan vagina dengan antiseptik selama persalinan.

## 2. Kala II (kala pengeluaran janin)

Depkes RI (2002), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah Ibu merasakan ingin meneran bersamaan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan *sfincter ani* terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah.

### 1. Mengenali Tanda dan gejala kala 2

- Memeriksa tanda berikut :
  - Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
  - Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan/atau vaginanya
  - Perineum menonjol dan menipis
  - Vulva-vagina dan sfincter ani membuka
- Menyiapkan pertolongan persalinan
  - 1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat – obatan esensial
    - Klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril/DTT siap dalam wadahnya
    - Semua pakaian, handuk, selimut dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat
    - Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan thermometer dan dalam kondisi baik dan bersih
    - Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai didalam partus set/wadah DTT
    - Untuk resusitasi, tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
    - Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu : cairan kristaloid, set infus.

2. Kenakan bahu penutup atau celemek plastic yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker dan kaca mata
3. Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih
4. Pakai sarung tangan steril/DTT untuk pemeriksaan dalam
5. Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit.
  - Memastikan Pembukaan lengkap dan keadaan Janin Baik
    - Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
    - Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat : kepala sudah masuk ke dalam penggul dan tali pusat tidak teraba
    - Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.
    - Periksa denyut jantung janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali / menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
  - Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran
    - Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik
    - Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.



Gambar 22. Posisi Setengah Duduk

- Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman
- Anjurkan ibu untuk cukup minum
- Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan
  - Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
  - Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- Mempersiapkan pertolongan kelahiran Bayi
  - Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
  - Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
  - Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
  - Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira – kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara *reflektoris* timbul rasa mencedan, karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang.

Dengan his mencedan yang dipimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1½ – 2 jam, pada multi ½ – 1 jam (Mochtar,2002). Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk P.A.P ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan. His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbulah his mencedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan.

Ada 2 cara ibu mencedan:

- Posisi berbaring sambil merangkul merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku. Kepala diangkat sedikit hingga dagu mengenai dada. Mulut dikatup.

- Dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring kearah terdapatnya punggung janin dan hanya satu kaki yang dirangkul, yaitu yang sebelah atas. Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka (membuka pintu), rambut kepala kelihatan. Setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perinium meregang. Penolong harus menahan perinium dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain doek steril supaya tidak terjadi robekan (*ruptur perinei*). Pada primigravida, dianjurkan melakukan episiotomi.

Episiotomi dilakukan jika perinium menipis dan kepala janin tidak masuk lagi ke dalam vagina, yaitu dengan jalan mengiris atau menggunting perinium. Ada 3 arah irisan, yaitu medialis, mediolateralis dan lateralis. Tujuan episiotomi adalah supaya tidak terjadi robekan perinium yang tidak teratur dan robekan pada *m. spinchter ani* yang jika tidak dijahit dan dirawat dengan baik akan menyebabkan *inkontinensia alvi*. Selanjutnya yaitu *Ekspresi Kristeller* dengan mendorong fundus uteri sewaktu ibu mengedan, tujuannya membantu tenaga ibu untuk melahirkan kepala (jarang digunakan karena dapat menyebabkan ruptur uteri, atonia uteri, trauma organ-organ dalam perut, dan solusio plasenta.

Ketika perinium meregang dan menipis, tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perinium. Membantu lahirnya kepala dapat dilakukan apabila :

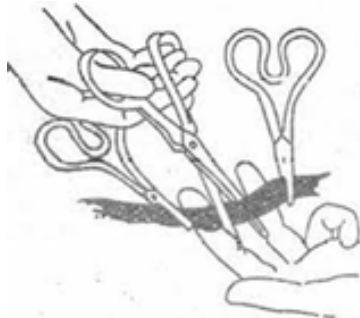
- Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 – 6 cm, lindungi perineurn dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menekan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu memeran sambil bernapas cepat dan dangkal

- Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.



Gambar 23. Pemeriksaan Lilitan tali Pusat

- Jika lilitan tali pusat di leher bayi masih longgar, selipkan tali pusat lewat kepala bayi.
- Jika lilitan tali pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting diantaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.



Gambar 24. Menggunting tali pusat

- Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
  - Membantu Lahirnya Bahu
- Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.



Gambar 25. Cara Melahirkan Bahu

- Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis.
- Gerakkan arah diatas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Dengan ujung-ujung jari tangan kanan, dicoba mengait dagu janin untuk di dorong pelan – pelan ke arah simfisis. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahirlah kepala dengan ubun-ubun kecil (suboksiput) di bawah simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut tampaklah bregma (ubun-ubun besar), dahi, muka dan dagu.

Perhatikan apakah tali pusat melilit leher, kalau ada, lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran ke salah satu paha ibu. Lahirkan bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakang dengan menarik pelan – pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan badan, bokong, dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin.

Bayi baru lahir yang sehat dan normal akan segera menangis, menggerakkan kaki dan tanganya. Bayi diletakkan dengan kepala lebih rendah, kira-kira membuat sudut 30 derajat dengan bidang datar. Mulut dan hidung dibersihkan, dan lendir diisap dengan pengisap lendir, tali pusat di klem pada 2 tempat: 5 dan 10 cm dari umbilikus, lalu digunting diantaranya. Ujung tali pusat pada bayi diikat dengan pita atau benang atau klem plastik sehingga tidak ada pendarahan. Lakukan pemeriksaan ulang pada ibu: kontraksi atau palpasi rahim, kandung kemih penuh atau tidak. Kalau penuh, kandung kemih harus dikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri.

### 3. Kala III (pengeluaran plasenta)

Menurut Depkes RI (2002), tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal yaitu perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba.

Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2002).

Manajemen aktif kala III meliputi pemberian oksitosin dengan segera, pengendalian tarikan pada tali pusat, dan pemijatan uterus segera setelah plasenta lahir. Jika menggunakan manajemen aktif dan plasenta belum lahir juga dalam waktu 30 menit, periksa kandung kemih dan lakukan kateterisasi, periksa adanya tanda pelepasan plasenta, berikan oksitosin 10 unit (intramuskular) dosis ketiga, dan periksa si ibu dengan seksama dan jahit semua robekan pada serviks dan vagina kemudian perbaiki episiotomi (Moh. Wildan dan A. Alimul H, 2008).

#### Manajemen Akif Kala III

- Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik.
- Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit 1 M di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

#### Jika tidak ada oksitosin :

- Rangsang puting payudara ibu atau minta ibu menyusui untuk menghasilkan oksitosin alamiah.
- Beri ergometrin 0,2 mg IM. Namun TIDAK BOLEH diberikan pada pasien preeklampsia, eklampsia, dan

- Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilicus) bayi (kecuali pada asfiksia neonates, dilakukan sesegera mungkin). Dari sisi luar klem penjepit,

dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

- Potong dan ikat tali pusat.
  - Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil lindungi perut bayi)
  - Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci
  - Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%

Jangan membungkus punting tali pusat atau mengoleskan cairan / bahan apapun ke punting tali pusat.

- Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik didinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi.

Jangan segera menimbang dan memandikan bayi baru

- Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorsop-kranial secara hati-hati.
  - Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk menstimulasi puting susu



Gambar 26. Manajemen aktif Kala III

Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penanganan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

- Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kea rah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial.
  - Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
  - Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
  - Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
  - Lakukan kateterisasi (asptik) jika kandung kemih penuh
  - Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
  - Ulangi penanganan tali pusat 15 menit berikutnya
  - Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
  - Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
- Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan
  - Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari – jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

- Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
  - Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil / masase.
- Menilai Perdarahan
  - Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh.
  - Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif.
- Derajat robekan / laserasi perineum

Derajat	Penjelasan	
1.	Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja	
2.	melibatkan kerusakan pada otot – otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani	
3.	Kerusakan pada otot sfingter ani	
	3a.	robekan <50% sfingter ani eksterna
	3b.	robekan >50% sfingter ani eksterna
	3c.	robekan juga meliputi sfingter ani interna
4.	Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus	

## Kala IV

Kala pengawasan dimulai dari lahirnya plasenta sampai 1 jam. Periksa fundus uteri setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat masase uterus sampai menjadi keras.

Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua. Selain

itu perawat juga menganjurkan untuk minum agar mencegah dehidrasi. Higene juga perlu diperhatikan, istirahat dan biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi. Sebagai permulaan dengan menyusui bayi karena menyusui dapat membantu uterus berkontraksi (Moh.Wildan dan A. Alimul H, 2008).

## Proses Terjadinya Persalinan

Menurut Mochtar (2011) sebab-sebab yang menimbulkan persalinan adalah:

1. Teori penurunan hormon  
Pada saat 1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon esterogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.
2. Teori plasenta menjadi tua  
Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar esterogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.
3. Teori iritasi mekanik  
Di belakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus Frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.
4. Teori distensi rahim  
Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.
5. Induksi partus (*induction of labour*). Partus dapat pula ditimbulkan kandungan:
  - Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukan dalam kanalis serviks dengan tujuan merangsang *pleksus Frankenhauser*.
  - Amniotomi : pemecahan ketuban.
  - Tetesan oksitosin : pemberian oksitosin melalui tetesan per infus.

## Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Manuaba (2007), faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu :

### 1. Power

His (kontraksi ritmis otot polos uterus) adalah kekuatan mengejan ibu keadaan kardiovaskuler respirasi metabolik ibu. Kontraksi uterus berirama teratur dan involunter serta mengikuti pola yang berulang. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu: *increment* (ketika intensitasnya terbentuk), *acme* (puncak atau maksimum), *decement* (ketikarelaksasi).

Kontraksi uterus terjadi karena adanya penimbunan dan pengikatan kalsium pada Retikulum Endoplasma (RE) yang bergantung pada Adeno Triphospat (ATP) dan sebaliknya E2 dan F2 mencegah penimbunan dan peningkatan oleh ATP pada RE, RE membebaskan kalsium ke dalam intra selular dan menyebabkan kontraksi miofibril. Setelah miofibril berkontraksi, kalsium kembali lagi ke RE sehingga kadar kalsium intraselular akan berkurang dan menyebabkan relaksasi miofibril.

Peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan daya kontraksi korpus uteri dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan. Ini sebagai umpanbalik positif, kepalabayi meregang serviks, regangan serviks merangsang kontraksi fundus mendorong bayi ke bawah dan meregangkan serviks lebih lanjut, siklus ini berlangsung terus menerus.

Kontraksi uterus bersifat otonom artinya tidak dapat dikendalikan oleh parturien, sedangkan saraf simpatis dan parasimpatis hanya bersifat koordinatif (Wiknjosastro, 2002).

a. Kekuatan his kala I bersifat:

- Kontraksi bersifat simetris.
- Fundus dominan.
- *Involunter* artinya tidak dapat diatur oleh parturien.
- Kekuatan makin besar dan pada kala pengeluaran diikuti dengan reflek mengejan.
- Diikuti retraksi artinya panjang otot rahim yang berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula.
- Setiap kontraksi mulai dari “*pace maker*” yang terletak sekitar

insersi tubadengan arah penjalaran ke daerah serviks uteri dengan kecepatan 2 cm per detik.

b. Kekuatan his kala II

Kekuatan his pada akhir kala pertama atau permulaan kala dua mempunyai amplitudo 60 mmHg, interval 3 – 4 menit, durasi berkisar 60-90 detik. Kekuatan his menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah menekan serviks dimana terdapat *fleksus friken hauser* sehingga terjadi reflek mengejan. Kekuatan his dan reflek mengejan mengakibatkan ekspulsi kepala sehingga berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, muka, kepala seluruhnya.

c. Kekuatan his kala III

Setelah istirahat sekitar 8-10 menit berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari insersinya.

d. Kekuatan his kalaIV

Setelah plasenta lahir kontraksi rahim tetap kuat dengan amplitudo sekitar 60-80 mmHg. Kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombustjadi penghentian pengeluaran darah postpartum (Wiknjosastro,2002).

## 2. Passage

*Passage* adalah keadaan jalan lahir, jalan lahir mempunyai kedudukan penting dalam proses persalinan untuk mencapai kelahiran bayi. Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau sectio sesaria. Pada jalan lahir tulang dengan panggul ukuran normal apapun jenis pokoknya kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesukaran, akan tetapi karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain. Ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil dari pada standar normal, sehingga biasa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam.

Pada jalan lahir lunak yang berperan pada persalinan adalah segmen bawah rahim, servik uteri dan vagina. Disamping itu otot-otot

jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat – alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan.

### 3. **Passange**

*Passager* adalah janinnya sendiri, bagian yang paling besar dan keras pada janin adalah kepala janin, posisikan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian – bagian lain dengan mudah menyusul kemudian.

### 4. **Respon Psikologi**

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar – benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga biasa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata. Psikologis meliputi: melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

### 5. **Penolong**

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

Dikemukakan 2 teori untuk menjelaskan mengapa lebih banyak letak kepala dibandingkan letak lainnya, yaitu:

- Teori akomodasi : bentuk rahim memungkinkan bokong dan ekstremitas yang besar volumenya untuk berada di atas, sedangkan kepala berada di bawah menempati ruangan yang lebih sempit.
- Teori gravitasi : karena relatif besar dan berat, kepala akan turun kebawah.

Karena his yang kuat, teratur dan sering kepala janin turun memasuki

pintu atas panggul (*engagement*). Karena menyesuaikan diri dengan jalan lahir, kepala bertambah menekuk (fleksi maksimal) sehingga lingkaran kepala memasuki panggul dengan ukuran yang kecil, yaitu Diameter suboksipito – bregmatika = 9,5 cm, dan Sirkumferensia suboksipito-bregmatika = 32 cm.

Tahapan mekanisme turunnya kepala janin menurut Mochtar (2011)

- Kepala terfiksasi pada PAP (*engagement*)
- Turun (*descent*)
- Fleksi
- Fleksi maksila
- Putar paksi dalam di dasar panggul
- Ekstensi : terjadi moulage kepala janin ekstensi
- hipomoklion : uuk di bawah simfisis
- Ekspulsi kepala janin : berturut-turut lahir uub, dahi, muka dan dagu
- Rotasi eksternal : putar paksi luar (*restitusi*)
- Ekspulsi total : cara melahirkan bahu depan, bahu belakang, seluruh badan dan ekstremitas.



Gambar 27. Mekanisme persalinan normal menurut Mochtar (2011)

### Pimpinan persalinan

Memimpin persalinan adalah suatu seni, walaupun memerlukan ilmu obstetri yang harus diketahui penolong. Pertanyaan yang sering diajukan oleh ibu hamil adalah, “bolehkan bersalin di rumah atau harus di rumah sakit?” walaupun 85% persalinan berjalan normal, tetapi 15% sisanya

terdapat komplikasi yang memerlukan penanganan khusus (Mochtar, 2011).

Di negara-negara maju, keadaan-keadaan berikut memerlukan penanganan spesialis.

- Primigravida dengan umur di atas 30 tahun, tinggi kurang dari 150 cm (5 kaki), Penyakit-penyakit tertentu, komplikasi medis dan obstetris, kelainan panggul, kelainan letak janin dan lain-lain.
- Multigravida dengan umur di atas 35 tahun, anak lebih dari 4, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk.

Untuk negara-negara berkembang seperti Indonesia, yang dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit adalah Ibu-ibu dengan riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk. Semua primigravida

- Ibu yang telah hamil lebih dari 5 kali
- Ibu-ibu dengan resiko tinggi lainnya.

## Posisi Ibu dalam Persalinan

Dapat menyebabkan kematian ibu selama kehamilan, persalinan atau nifas. Salah satu penyebab kematian saat melahirkan adalah perdarahan, salah satunya adalah ruptur perineum. Ruptur perineum adalah penyebab paling umum kedua perdarahan vagina setelah melahirkan. Perdarahan persalinan postpartum dengan kontraksi uterus yang baik biasanya disebabkan oleh robekan pada serviks atau vagina. Ruptur perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2002: M 29).

Di perineum, ini biasanya disebabkan oleh cedera lahir. Kemungkinan penyebab ruptur perineum adalah kepala janin yang lahir prematur dan persalinan yang buruk. Dulu terdapat banyak jaringan parut pada perineum dan distosia bahu selama persalinan. Ruptur lebih sering terjadi pada wanita primipara, kadang-kadang karena persalinan sungsang, persalinan pervaginam, penyedotan vakum, dan peregangan perineum yang berlebihan pada anak yang lebih besar.

Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi selama persalinan disebabkan oleh banyak faktor, antara lain lokasi persalinan, metode push, kepemimpinan persalinan, dan berat badan bayi baru lahir. Ada beberapa posisi, antara lain posisi merangkak/tidur, posisi jongkok atau berdiri,

posisi duduk/setengah duduk, dan posisi terlentang/terlentang. Postur miring dapat mengurangi risiko ruptur perineum. Saat mengejan dalam posisi terlentang, risiko ruptur perineum lebih besar. Berikut posisi dalam persalinan :

- Posisi litotomi, wanita berbaring terlentang dengan lutut ditekuk, kedua paha diangkat ke samping kanan dan kiri.
- Posisi duduk (*squatting position*)
- Cara berbaring

Posisi wanita saat melahirkan ditentukan oleh beberapa faktor, antara lain latar belakang budaya. Dua posisi utama dapat dibedakan : horizontal yaitu, sudut kurang dari 45° dengan jalan lahir dan vertikal yaitu, sudut yang sama lebih besar dari 45°. Contoh posisi vertikal meliputi jongkok, duduk, dan berdiri. Litotomi dan posisi lateral kiri adalah contoh dari posisi horizontal. Dari tahun 1668 dan seterusnya, setengah terlentang posisi dengan kaki wanita di atas penyangga telah digunakan oleh praktisi bersalin sebagai standar (Racinet, 2005). Posisi ini memungkinkan pandangan perineum selama persalinan dan memfasilitasi manuver. Untuk alasan ini, lebih banyak posisi ibu horizontal selama persalinan telah umum diadopsi oleh penolong persalinan sebagai standar praktek medis.

Saat ini posisi horizontal tampaknya prasyarat untuk pemantauan janin terus menerus yang tepat. Posisi ini membatasi pergerakan ibu (B. & M., 2005; Gupta & Nikodem, 2000). Kembali ke vertikal yang lebih “kuno” pengiriman telah dianjurkan baru-baru ini sebagai akibat dari peningkatan kenyamanan ibu dan keuntungan lainnya (Brément et al., 2007). Trauma perineum, yang didefinisikan sebagai segala kemungkinan kerusakan pada perineum atau alat kelamin, sering terjadi setelah persalinan pervaginam, dan dampaknya adalah sering diremehkan oleh dokter dan bidan (Albers et al., 2006). Trauma dapat terjadi akibat laserasi, episiotomi, atau keduanya. Dalam satu penelitian, laserasi terjadi pada 43% persalinan pervaginam (Kozak et al., 2006). Pada tahun 2004, episiotomi dilakukan di 23 persen dari persalinan di Amerika Serikat (Kozak et al., 2006). Di Belgia, episiotomi dilakukan di 59% dari semua persalinan pada tahun 2006 (Touwslager et al., 2011).

Trauma perineum dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko, beberapa di antaranya (misalnya, status gizi, tubuh ibu indeks massa, asal etnis, berat lahir, posisi janin) tidak dapat diubah oleh dokter kandungan pada saat

persalinan. Faktor lain (misalnya, posisi ibu) dapat diubah, sehingga mungkin mengurangi kerusakan perineum (Renfrew et al., 1998). Pada penelitian Melahirkan dalam posisi lateral menawarkan beberapa perlindungan terhadap trauma perineum bila dibandingkan dengan persalinan dalam posisi litotomi, bahkan setelah koreksi paritas dan penolong persalinan (bidan atau dokter). *Intact probabilitas* perineum utuh meningkat untuk persalinan yang dilakukan oleh bidan (Meyvis et al., 2012).

## **Pemeriksaan wanita yang ingin bersalin**

Seperti telah dibicarakan di atas pemeriksaan wanita hamil atau akan melahirkan meliputi pemeriksaan seluruh tubuh, yaitu sebagai berikut:

1. Pemeriksaan umum : TD, nadi, pernapasan, refleks, jantung paru-paru, berat badan, tinggi badan, dan sebagainya.
2. Pemeriksaan status obstetri : letak dan posisi janin, taksiran BB janin, DJJ, his dan lain-lain
  - Pemeriksaan dalam (vagina atau rektal) : pembukaan serviks dalam cm atau jari, turunnya kepala diukur menurut bidang Hodge, ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak.
  - Pemeriksaan laboratorium : pemeriksaan urin (protein dan gula), pemeriksaan darah (Hb, golongan darah).
  - Persiapan bagi ibu : bersihkan dan cukur daerah genitalia eksterna, ibu hamil diminta buang air kecil atau dikateterisasi guna mengosongkan kandung kemih, pemakaian klisma supaya rektum kosong, pakaian diganti longgar
  - Persiapan semua alat untuk persalinan biasa : beberapa pasang sarung tangan steril, gunting siebold, gunting tali pusat, beberapa klem tali pusat dan klem lainnya, benang atau plastik klem untuk tali pusat, alat pengisap lendir bayi, iodium tinctur dengan kapas lidinya, alat-alat untuk menjahit luka, obat – obatan dan jarum suntiknya, kain kassa steril dan sebagainya.

# Keuntungan dan Kerugian Persalinan Normal

## 1. Keuntungan

Menurut Christiane Northrup (2005), keuntungan melahirkan normal yaitu:

- **Pemulihan Lebih Cepat**  
Saat akan melahirkan, perjuangan calon ibu yang akan melahirkan normal mungkin saja lebih berat dibandingkan mereka yang melahirkan melalui jalan operasi. Namun, saat proses persalinan selesai, ibu yang melahirkan normal akan menjalani proses pemulihan yang jauh lebih cepat. Enam jam setelah melahirkan, ibu sudah mampu berjalan sendiri ke mana-mana. Menurut cerita para perempuan yang melahirkan normal, proses pemulihan pasca persalinan jauh lebih cepat.
- **Cepat Bebas Bergerak**  
Sehari setelah melahirkan, ibu yang melahirkan normal sudah bisa berjalan dan bergerak bebas tanpa perlu merasakan sakit akibat jahitan dari operasi yang belum kering. Keuntungannya adalah ibu jadi bisa lebih cepat mengurus bayinya sendiri dan menjalin *bonding* yang lebih kuat dengan *newborn baby*.
- **Memiliki Ikatan Batin Lebih Kuat**  
Selama proses persalinan, ibu dan bayi di dalam kandungan sama-sama berjuang. Karena itulah, ibu yang melahirkan secara normal memiliki ikatan batin yang lebih kuat dengan anaknya. Melalui tes MRI, ditemukan fakta bahwa sensitivitas yang mengatur emosi dan motivasi di daerah otak pada ibu yang melahirkan normal, angkanya ternyata lebih tinggi. Sebab inilah yang membuat ibu yang melahirkan secara normal jadi lebih responsif terhadap tangisan bayi.
- **Lebih Mudah IMD**  
Berkaitan dengan ikatan batin, bayi yang dilahirkan secara normal lebih tertarik untuk melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Karena ikatan batin yang sudah terjalin dengan kuat antara ibu baru dan bayinya, mereka jadi mudah bekerja sama melakukan kegiatan menyusui untuk pertama kalinya. Seperti yang sudah diketahui, kegiatan menyusui pertama kali bagi ibu dan bayi tidak semudah yang terlihat dan membutuhkan kesabaran serta kerja sama dari kedua belah pihak.

- **Bayi Lebih Sehat**

Selain bermanfaat untuk ibu, persalinan normal juga memiliki banyak sekali manfaat untuk bayi. Banyak penelitian yang menjelaskan mengenai hal ini, salah satunya adalah bayi akan memiliki paru-paru yang lebih kuat karena saat lahir melewati vagina, ada proses pengangkutan oksigen ke jaringan-jaringan tubuh bayi. Itulah yang menyebabkan bayi yang dilahirkan melalui proses normal memiliki risiko gangguan yang lebih rendah dan bayi yang lahir secara normal akan memiliki daya juang yang lebih tinggi karena sudah pernah berjuang untuk lahir dari rahim ibunya.

## 2. **Kerugian**

Menurut Wang, D (2011) kerugian persalinan normal adalah:

- Ketakutan persalinan dapat menyebabkan kecemasan pada beberapa ibu
- Meskipun jarang, komplikasi perdarahan maternal dapat terjadi
- Risiko terjadinya robekan perinium, bervariasi dari laserasi ringan hingga derajat 3-4
- Risiko bayi mengalami deprivasi oksigen jika persalinan menemui masalah
- Kemungkinan trauma fisik pada bayi, seperti bengkak dan memar. Risiko ini meningkat pada *assisted vaginal delivery* (persalinan dengan bantuan *forcep* atau *vacuum extraction*)
- Dapat meningkatkan kecenderungan prolaps organpelvis
- Pada kasus yang jarang, dapat terjadi inversi uteri. Ini merupakan kondisi yang serius dan jika tidak ditangani segera dapat menyebabkan kematian pada ibu
- Episiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri saat *intercourse* dalam tiga bulan pertama setelah persalinan
- Risiko inkontinensia urin lebih besar. Risiko ini meningkat pada *assisted vaginal delivery*, persalinan lama dan bayi besar.

## **Persalinan yang Aman pada masa Pandemi Covid-19**

Pada tanggal 31 Desember 2019 dilaporkan untuk pertama kali munculnya Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Penyakit ini adalah penyakit yang menjadi wabah di seluruh dunia, nama visu ini adalah Acute Syndrom Coronavirus-2 (SARS-COV2). Pertama kali ditemukan di daerah

Wuhan yaitu di provinsi Hubei di Tiongkok. Pertama kali dilaporkan bahwa ini adalah salah satu penyakit pneumonia yang tidak diketahui secara pasti penyebabnya. Dari website resmi WHO pada tanggal 7 Maret 2020 sebanyak 90.870 kasus terkonfirmasi dan 3.112 kasus kematian.

Hingga saat ini kasus Covid-19 mengalami penambahan dari hari kehari dan belum bisa dipastikan kasus ini akan berakhir. Situasi COVID-19 ditingkat global dan nasional masih tinggi. Infeksi yang disebabkan oleh COVID-19 memiliki ciri-ciri gejala ringan, sedang dan berat. Gejala utama infeksi ini yaitu mengalami demam (suhu  $>38^{\circ}\text{C}$ ), batuk dan terkadang mengalami sesak nafas dan biasanya akan semakin memberat, pusing, mialgia, dan terkadang mengalami gangguan gastrointestinal seperti diare atau gejala lainnya. Pada kasus yang berat akan menjadi buruk secara cepat seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang susah untuk diperiksa dan adanya perdarahan atau disfungsi sistem koagulasi dalam beberapa hari. Setiap pasien berbeda, pada beberapa pasien gejala yang muncul ringan, terkadang tidak ada gejala sama sekali.

## 1. **Skrining Maternal dan Diagnosis COVID-19 pada Maternal**

- Skrining yang dilakukan secara keseluruhan untuk Covid-19 pada semua ibu yang akan bersalin perlu dilakukan secara rutin. Hal ini dilakukan berdasarkan hasil penemuan di New York, sebanyak 15,3% (33 kasus) yang positif, dengan kasus positif sebanyak 88% kasus tanpa gejala dari 215 ibu hamil.
- Setiap ibu hamil idealnya akan dilakukan pemeriksaan Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction test (RT-PCR) yang didapatkan dari hasil swab nasopharing dan oropharing, hal ini dilakukan untuk menegakkan diagnosis secara keseluruhan atau sering disebut Universal testing dengan Swab RT-PCR. Ini dilakukan sesuai dengan rekomendasi dari RCOG untuk memeriksa semua pasien dengan pemeriksaan RT-PCR. Jika di fasilitas tersebut tidak bisa melakukan pemeriksaan maka disarankan untuk melakukan skrining dengan metode lain.
- Pemeriksaan lengkap RT PCR digunakan dengan standar baku (gold standard) untuk menegakkan diagnosis terjangkit virus Covid-19.
- Penapisan atau skrining pada ibu bersalin jika ditinjau secara umum tidak dibedakan dengan skrining secara khusus yaitu dengan

melakukan skrining, anamnesis dan pemeriksaan fisik terhadap gejala Infeksi saluran pernafasan dalam (demam > 38°C, batuk, sesak nafas dan gejala flu serta adakah riwayat kontak langsung dengan orang yang terpapar Covid-19 serta riwayat tempat tinggal serta perjalanan ke daerah transmisi lokal.

- Penapisan atau skrining secara umum

Studi yang lebih besar dengan populasi yang cocok menawarkan kepastian lebih lanjut. Temuan pra-publikasi sementara dari calon warga negara tentang studi kohort populasi wanita hamil yang dirawat di rumah sakit dengan COVID-19 menggunakan Sistem Pengawasan Obstetri Inggris (UKOSS) diedarkan di 13 Mei 2020. Studi UKOSS bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan infeksi dan hasil COVID-19, termasuk penularan infeksi dari wanita ke bayi mereka. Antara 1 Maret 2020 dan 14 April 2020, 427 wanita hamil dengan kehamilan rata-rata 34 minggu dirawat di rumah sakit dengan COVID-19 yang dikonfirmasi, perkiraan kejadian 4,9 per 1000 ibu bersalin. Data dicocokkan dengan kohort perbandingan 694 wanita dari studi Inggris sebelumnya tentang influenza musiman pada kehamilan yang memberi kelahiran antara November 2017 dan Oktober 2018. Wanita kemungkinan besar akan dirawat di rumah sakit dengan COVID-19 lebih tua (35+), dari Hitam, Asia atau kelompok etnis minoritas lainnya, kelebihan berat badan atau obesitas dan penyakit penyerta yang sudah ada sebelumnya. Karakteristik yang sama mencerminkan orang-orang yang dirawat di rumah sakit dengan COVID-19 pada populasi umum. Sebagai tim UKOSS stres, transmisi aktif COVID-19 berlanjut dan data lengkap hasil kehamilan dan kemungkinan dampak infeksi ringan atau tanpa gejala belum tersedia. Meskipun temuan UKOSS sampai saat ini menunjukkan sebagian besar ibu hamil yang memiliki COVID-19 tidak memiliki infeksi parah, dan penularan dari wanita hingga bayi jarang terjadi, penerimaan perempuan postnatal tidak dimasukkan. Audit dari *UK Intensive Care National Audit* dan Pusat Penelitian pasien sakit parah yang dirawat di unit perawatan kritis di Inggris, Wales dan Irlandia Utara dengan COVID-19 yang dikonfirmasi hingga 7 Mei 2020 termasuk 567 wanita berusia 16–49 tahun.

Dua puluh satu dari wanita ini hamil, dan 30 telah melahirkan di enam minggu sebelumnya. Tidak ada informasi yang diberikan tentang etnis, paritas, kebidanan, atau riwayat medis wanita. Namun demikian, temuan audit menyarankan bahwa data pada wanita hamil dan postnatal dirawat di rumah sakit dengan COVID-19 perlu dikumpulkan untuk lebih memahami dampaknya terhadap kesehatan perinatal.

Sementara penelitian telah difokuskan pada hasil kehamilan dari infeksi dengan COVID-19, morbiditas ibu setelah melahirkan dalam sistem bersalin dan masyarakat secara signifikan direstrukturisasi untuk mengatasi pandemi COVID-19 perlu dipertimbangkan. Insiden kecemasan dan depresi perinatal telah meningkat dengan dampak isolasi sosial selama periode pascakelahiran untuk wanita yang menghadapi bayi baru lahir dan mereka yang terlindung karena masalah medis yang membutuhkan penilaian segera. Konsekuensi dari pandemi pada kekerasan dalam rumah tangga sangat memprihatinkan, satu makalah baru-baru ini menampilkan panggilan ke saluran bantuan kekerasan domestik nasional Inggris telah meningkat sebesar 25% sejak penguncian dimulai (Bick et al., 2020).

Selain itu, ada bukti penelitian bahwa orang bekerja keras untuk meningkatkan pengetahuan, konsultasi online, telemedicine, pemantauan dan pengaturan detak jantung janin jarak jauh. Titik aliran pemeriksaan pralahir pemeriksaan atau memeriksa penundaan pra-kelahiran keluarga. Namun, ini hanya dapat dilakukan di daerah perkotaan, wanita hamil dapat menggunakan internet yang kuat dan ponsel pintar untuk mengunjungi tempat-tempat. Di desa Rejosari adalah tidak semua orang di pedesaan memiliki akses ke Internet, sehingga cara untuk mendapatkan pendidikan kesehatan adalah dengan menawarkan kursus untuk ibu hamil lagi. Di bawah normal baru, aktivitas sehari-hari dapat dicapai dengan meningkatkan kesadaran akan pandemi Covid 19. Kelas kebidanan dapat dibagi menjadi beberapa siklus, sehingga tidak terlalu banyak ibu hamil. Kelas bersalin merupakan kegiatan rutin dan akan dilakukan minimal 3 kali selama kehamilan, dan meningkatkan pendidikan ibu dan suami/anggota keluarga lainnya. Pada tahun 2009 program ini telah dilaksanakan sesuai peraturan Kemnekes dalam upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan pertambahan percepatan dalam mencapai tujuan MDGs 2015 dan SDGs 2030.

Pada kelas kehamilan bisa digunakan sebagai tempat berbagi ilmu seputar kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui untuk persiapan persalinan yang aman. Maka pada pelaksanaannya dibutuhkan jadwal dan materi yang menyeluruh dan berkesinambungan (Kusuma et al., 2020).

## **Temuan Yang Mutakhir**

Beberapa temuan berdasarkan hasil dari berbagai penelitian dan dari berbagai sumber mengenai persalinan yang aman yaitu Pengakuan dari bidan bahwa kebebasan dan pilihan yang lebih besar untuk memilih dan mengontrol selama persalinan yang dibarengi oleh pemantauan nirkabel / tanpa sabuk merupakan temuan yang signifikan. Persalinan di klinik swasta dan operasi Caesar. Ada juga dengan adanya pendampingan keluarga oleh keluarga kejadian lama dalam proses persalinan di puskesmas. Sebaliknya pengetahuan rendah dan sikap negatif serta pendidikan rendah termasuk sosial budayayang tidak mendukung, dan penghasilan keluarga rendah, dukungan suami tidak mendukung maka peluang untuk memilih dukun beranak menjadi sangat besar.

Ada sebagian besar ibu yang hamil tua lebih sering mengunjungi dukun dengan alasan kalau pemeriksaan pada dukun yang sangat disukai oleh ibu hamil adalah saat dibetulkan posisi bayinya yang disebut diurut dan hal tersebut membuat ibu percaya bahwa perlakuan seperti itu bisa memperbaiki posisi bayi di dalam perutnya.

Di Yaman keberhasilan program voucher Kesehatan Reproduksi memungkinkan lebih banyak perempuan mengakses sekeranjang layanan reproduksi dan ibu baru lahir.

Sebagian besar memilih bidan sebagai penolong persalinan dan puskesmas sebagai tempat persalinan. Ibu hamil yang diberikan Asuhan sayang Ibu mempunyai kemungkinan 2,6 kali berisiko melahirkan normal di dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dengan SC.

Untuk memperoleh layana ibu hamil dengan rendahnya pengetahuan, sikap yang kurang mendukung, rendahnya persepsi kebutuhan, dan belum optimalnya pelayanan kesehatan. Kondisi jalan tempuh yang sulit, hidup berkelompok yang menyebar, akan menjadi resiko tinggi terhadap kejadian kematian ibu. Ada juga Ibu bersalin yang di berikan teknik relaksasi dengan rasa nyeri persalinan kala I sangat berpengaruh dengan lamanya kala 1.

Untuk itu perawat dan bidan dapat memberikan penyuluhan kesehatan tentang teknik relaksasi dan teknik lainnya seperti massage, perubahan posisi ibu dll untuk membantu ibu mengurangi rasa nyeri persalinan menjadi aman, nyaman, dan ibu, bayi sehat dan sejahtera.

Sangat dianjurkan pendampingan keluarga pada proses persalinan kala I, ibu yang bersalin di damping keluarga akan berpengaruh terhadap lamanya persalinan, dimana keluarga dan masyarakat seharusnya mengetahui sehingga masyarakat tidak merasa tabu dan takut dalam mendampingi persalinan kala I pada ibu bersalin.

Begitu juga perawat dan bidan harus memiliki keterampilan dalam hal melakukan pijat oksitosin terhadap involusio uterus.

Semua ibu menerima Pelatihan tentang keterampilan menjadi ibu yang aman sebelum intervensi dan bekerja di masyarakat, ini merupakan upaya mendapatkan persalinan yang aman.

Di sisi lain pelaksanaan asuhan persalinan dengan beban kerja oleh bidan yang memiliki ketersediaan alat yang tidak lengkap mayoritas melakukan pencegahan infeksi saat melakukan pertolongan persalinan akan memberikan bentuk pelayanan yang optimal dan ada juga pemberian gaji, pengetahuan, sikap bidan serta motivasi dan pelatihan yang telah dilakukan dan diikuti bidan merupakan salah satu penentu dari persalinan yang aman.

Dari uraian di atas banyak faktor yang menentukan apakah ibu hamil tersebut akan melakukan persalinan yang diharapkan yaitu memperoleh persalinan yang aman. hal ini dapat disimpulkan dari skema di bawah ini.

## SKEMA MASALAH PERSALINAN YANG AMAN



Gambar 28. Skema Masalah Persalinan yang Aman

Berdasarkan skema di atas dapat ditarik kesimpulan persalinan yang aman memiliki beberapa faktor berupa dari sisi tenaga kesehatan berupa bidan perawat tenaga gizi dan tenaga kesehatan lainnya, tenaga kesehatan yang memiliki motivasi, beban kerja, gaji atau reward, lamanya kerja pengetahuan dan keterampilan sebagai acuan untuk memperoleh persalinan yang aman. Dari fasilitasnya yang memadai, jarak tempuh dan peralatan yang tersedia, disisi pelayanan kesehatan berupa danya penyuluhan – penyuluhan kesehatan danyang lainnya, bagi ibu bersalin memiliki pengetahuan tentang persalinan yang aman itu sendiri, paritas ibu, usia ibu saat hamil dan bersalin dan sikap ibu bersalin itu sendiri, bagi keluarga memberikan dukungan baik itu moril maupun materi, dan terakhir bagi masyarakat memberikan dukungan terhadap ibu bersalin mendekati dukun untuk kerjasama dengan bidan, tokoh agama harus terlibat untuk memperoleh persalinan yang aman.

## DAFTAR PUSTAKA

- Albers, Leah L. et al. 2006. "Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births." *Birth* 33(2): 94–100.
- Arneni Gita Puti Ni, Sumiasi Nyoman N, Maulikiu Juliana. 2018. "HUBUNGAN OPERASIONALISASI PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI (P4K) DENGAN KESIAPAN MENGHADAPI KOMPLIKASI PERSALINAN PADA IBU HAMIL TRIMESTER III." *Jurnal Ilmiah Kebidanan* 7.
- Attanasio, Laura, and Katy B. Kozhimannil. 2018. "Relationship Between Hospital-Level Percentage of Midwife-Attended Births and Obstetric Procedure Utilization." *Journal of Midwifery and Women's Health* 63(1): 14–22.
- B., Soong, and Barnes M. 2005. "Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association?" *Birth (Berkeley, Calif.)* 32(3): 164–69. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.-cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=16128969>.
- Barber, Emma L. et al. 2011. "Indications Contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate." *Obstetrics and Gynecology* 118(1): 29–38.
- Bick, Debra, Helen Cheyne, Yan Shing Chang, and Joanne Fisher. 2020. "Maternal Postnatal Health during the COVID-19 Pandemic: Vigilance Is Needed." *Midwifery* 88(xxxx): 102781. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102781>.
- Boyle, Annelee et al. 2013. "Primary Cesarean Delivery in the United States." *Obstetrics and Gynecology* 122(1): 33–40.
- Brément, S., S. Mossan, A. Belery, and C. Racinet. 2007. "Accouchement En Décubitus Latéral. Essai Clinique Randomisé Comparant Les Positions Maternelles En Décubitus Latéral et En Décubitus Dorsal Lors de La Deuxième Phase Du Travail." *Gynecologie Obstetrique et Fertilité* 35(7–8): 637–44.
- Chapman, Sarah. 2016. "Midwife-Led Continuity Models versus Other Models of Care for Childbearing Women, Sandall et Al (2015)." *Practising Midwife* 19(3): 34–35.
- Dharmayanti, Ika, Khadijah Azhar, Dwi Hapsari Tjandrarini, and Puti Sari Hidayangsih. 2019. "Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan Berkualitas Yang Dimanfaatkan Ibu Hamil Untuk Persiapan Persalinan Di

- Indonesia.” *Jurnal Ekologi Kesehatan* 18(1): 60–69.
- Glancel, Laurent G. et al. 2014. “Rates of Major Obstetrical Complications Vary Almost Fivefold among US Hospitals.” *Health Affairs* 33(8): 1330–36.
- Gupta, Janesh K., and Cheryl Nikodem. 2000. “Maternal Posture in Labour.” *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 92(2): 273–77.
- Kozak, Lola Jean, Carol Jean DeFrances, and Margaret Jean Hall. 2006. “National Hospital Discharge Survey: 2004 Annual Summary with Detailed Diagnosis and Procedure Data.” *Vital and Health Statistics, Series 13: Data on Health Resources Utilization* 13(162).
- Kozhimannil, Katy Backes, Michael R. Law, and Beth A. Virnig. 2013. “Cesarean Delivery Rates Vary Tenfold among US Hospitals; Reducing Variation May Address Quality and Cost Issues.” *Health Affairs* 32(3): 527–35.
- Kurnaesih, Een, Andi Multazam, and Caca Sudarsa. 2018. “Persepsi Ibu Hamil Tentang Pemilihan Persalinan.... Een Kurnaesih, Andi Multazam, Caca Sudarsa.” 8(2): 310–23.
- Kurniarum, Ari. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Kementrian Keshatan RI.
- Kusuma, Ratu, Armina, and Ahmad Dahlan. 2020. “Pemanfaatan Kelas Ibu Hamil Sebagai Media Edukasi Di Puskesmas Putri Ayu, Kota Jambi Utilization.” *Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat* 4(2): 373–78.
- Meyvis, Inge et al. 2012. “Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births.” *Birth* 39(2): 115–20.
- Neal, Jeremy L. et al. 2016. “Pilot Study of Physiologic Partograph Use Among Low-Risk, Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset.” *Journal of Midwifery and Women’s Health* 61(2): 235–41.
- . 2018. “Applying a Physiologic Partograph to Consortium on Safe Labor Data to Identify Opportunities for Safely Decreasing Cesarean Births among Nulliparous Women.” *Birth* 45(4): 358–67.
- Neal, Jeremy L., and Nancy K. Lowe. 2012. “Physiologic Partograph to Improve Birth Safety and Outcomes among Low-Risk, Nulliparous Women with Spontaneous Labor Onset.” *Medical Hypotheses* 78(2): 319–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2011.11.012>.
- Nurhayati, Nurhayati, and Mugeni Sugiharto. 2019. “Perilaku Memilih Tenaga Penolong Persalinan Pada Ibu Melahirkan Di Desa

- Blambangan, Kecamatan Penengahan, Kabupaten Lampung Selatan, Indonesia.” *Buletin Penelitian Kesehatan* 47(3): 165–74.
- Racinet, C. 2005. “Positions Maternelles Pour l’ Accouchement Maternal Posture during Parturition.” c: 533–38.
- Rangkuti, Saddiyah. 2015. “Upaya Menekan Angka Kematian Ibu Melahirkan.” *UJurnal ilmiah Research Sains* 1(3): 16–22.
- Renfrew, Mary J., Walter Hannah, Leah Albers, and Elizabeth Floyd. 1998. “Practices That Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature.” *Birth* 25(3): 143–60.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2019. “Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth.” *Obstetrics and Gynecology* 133(2): E164–73.
- Touwslager, Robbert N. et al. 2011. “Changes in Genetic and Environmental Effects on Growth during Infancy.” *American Journal of Clinical Nutrition* 94(6): 1568–74.
- Yankou, Dawn, Barbara A. Petersen, Deborah Oakley, and Fran Mayes. 1993. “Philosophy of Care. A Pilot Study Comparing Certified Nurse-Midwives and Physicians.” *Journal of Nurse-Midwifery* 38(3): 159–64.
- Zhang, Jun et al. 2010. “Contemporary Cesarean Delivery Practice in the United States.” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203(4): 326.e1-326.e10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.058>.

## BIOGRAFI PENULIS



**Meliyanti, SKM., MKM**, lahir di Pelawe Kecamatan BTS Ulu Kabupaten Musi Rawas Sumatera Selatan pada 7 April 1981. Anak kedua dari lima bersaudara lulusan dari SMP N 1 Lubuklinggau, SMA N 2 Lubuklinggau, D III Kebidanan Poltekes Bengkulu, S1 Stikes Fitrah Aldar Lubuklinggau, sebagai Mahasiswi S2 Unsri Fakultas Kesehatan Masyarakat Prodi KIA – Kespro Tahun 2020 / 2021. Dengan riwayat bekerja sebagai Bidan Desa dari Tahun 2005 sampai 2015 (selama 10 Tahun) di Desa Jaya Tunggal Kecamatan Tuah Negeri Kabupaten Musi Rawas dan sekarang bekerja sebagai Kepala Puskesmas dari Tahun 2016 sampai dengan sekarang Puskesmas Air Beliti Kecamatan Tuah Negeri Kabupaten Musi Rawas.

REVIEW JURNAL PERSALINAN AMAN

No	Judul Penelitian	Nama Penulis	Sumber / Referensi	Populasi	Sampel	Metode	Hasil
1	Penggunaan teknologi janin berkelanjutan yang memungkinkan mobilitas dalam persalinan untuk wanita dengan kehamilan kompleks. Survei rumah sakit australia dan Selandia Baru.	For, Deborah Maule, Robyn Liddington, Wanda Woodward, Rachael Scarf, Vanessa Watson, Kyle Forrest, Marlain.	<a href="http://www.mendeley.com/catalog/a9f6ee2ee-49f6-365b-942f-39f99d0268360/">http://www.mendeley.com/catalog/a9f6ee2ee-49f6-365b-942f-39f99d0268360/</a>	208 Orang	208	Data kuantitatif yang tidak teridentifikasi dipindahkan dan REDCap ke Paket Statistik dan Statistik Deskriptif digunakan untuk menggambarkan karakteristik fasilitas dan frekuensi ketersediaan monitor.	Pengakuan dan bidan bahwa kebebasan dan rasa yang lebih besar untuk memilih dan mengontrol selama persalinan yang dibarengi oleh pemantauan nirkabel / tanpa sabuk merupakan temuan yang signifikan.
2	Pencegahan eksklusif sosial dan peran perawat antenatal oleh petugas kesehatan komunitas BRAC dalam meningkatkan keselamatan ibu dan perawat neonatal di daerah kumuh perkotaan bangladesh.	Jolly, Saira Parveen Chowdhury, Tribid Roy Rahman, Mahfuz Alam, Arful Alsana, Kaosar	<a href="http://www.mendeley.com/research/127fe276-e69e-3916-bbfe-2e9e000d1140/">http://www.mendeley.com/research/127fe276-e69e-3916-bbfe-2e9e000d1140/</a>	1100	806	Studi Cross Sectional.	Persalinan di klinik swasta dan operasi caesar tertinggi dalam kategori I dibandingkan dengan dua kategori lainnya (p<0,0001). Sebaliknya, persalinan di rumah lebih tinggi di antara wanita dalam kategori 2 (40,44% vs 55,12%, 45,72%).

3	<p>The Correlation of Family Assistance with the Duration of Labor in the first stage of karangdoro Community health center at Semarang City.</p>	<p>Setyowati Widyan Mursini</p>	<p><a href="http://www.mendeley.com/research/75d0750c-bc56-3466-9053a-b424f33578a6/">http://www.mendeley.com/research/75d0750c-bc56-3466-9053a-b424f33578a6/</a></p>	39	<p>Penelitian Kuantitatif dan Metode Deskriptif Analitik.</p>	<p>Dari hasil olah data didapatkan nilai Continuity Coreccion sebesar 5,331 dengan P value fisher exact sebesar 0,012 &lt;0,05, maka berdasarkan kriteria dinyatakan Ho dapat dinyatakan hipotesa (Ha) diterima berarti ada hubungan yang bermakna antara pendampingan keluarga dengan keluarga lama proses persalinan di puskesmas.</p>
4	<p>Faktor - Faktor yang berhubungan dengan pemilihan Dukun Beranak sebagai penolong persalinan pada Peserta jaminan kesehatan.</p>	<p>Marsilia, Imelda Diana</p>	<p><a href="http://www.mendeley.com/research/5effef40-0816-3be5-8dfc-g9882d94f0c0/">http://www.mendeley.com/research/5effef40-0816-3be5-8dfc-g9882d94f0c0/</a></p>	61 Sampel Kelompok Kontrol	<p>Penelitian Analitik dengan Metode Kasus Kontrol (Case Control).</p>	<p>Jika pengetahuan rendah, sikap negatif pendidikan rendah, sosial budaya tidak mendukung, penghasilan keluarga rendah, dukungan suami tidak mendukung maka peluang untuk memilih dukun beranak sebesar 99%, jika pengetahuan tinggi, sikap positif, pendidikan tinggi, sosial budaya mendukung, penghasilan keluarga tinggi, dukungan suami mendukung maka untuk memilih dukun beranak sebesar 9%.</p>

5	<p>Faktor - Faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan persalinan oleh bidan di Puskesmas rawat inap Simundol 2016.</p>	<p>Kesehatan, Jurnal, Hidup, Lingkungan Oleh, Persalinan Di, Bidang Rawat, Puskesmas Simundol, Inap.</p>	<p><a href="http://garuda.instebrin.go.id/documents/detail/1073145">http://garuda.instebrin.go.id/documents/detail/1073145</a></p>	46	46	<p>Penelitian dengan penelitian Sectional. Survey desain Cross</p>	<p>Hasil Penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pelaksanaan asuhan persalinan dengan beban kerja dengan nilai <math>p=0,013</math>, dengan nilai <math>p=0,013</math>, nilai <math>p = 0,013</math>, pengetahuan dengan nilai <math>p = 0,025</math>, sikap dengan nilai <math>p = 0,026</math>, motivasi dengan nilai <math>p = 0,005</math> dan pelatihan dengan pelaksanaan asuhan persalinan.</p>
6	<p>Faktor - faktor yang berhubungan dengan perilaku bidan dalam pencegahan infeksi saat melakukan pertolongan persalinan.</p>	<p>Batubara Syafirma</p>	<p><a href="http://www.mendeley.com/research/id3bb91e5-435d-3d80-at73-81a1901643ea/">http://www.mendeley.com/research/id3bb91e5-435d-3d80-at73-81a1901643ea/</a></p>	300	300	<p>Penelitian dengan penelitian Sectional. Survey desain Cross</p>	<p>sabanyak responden (72,0%) dan responden yang memiliki ketersediaan alat yang tidak lengkap mayoritas selalu dan kadang - kadang melakukan pencegahan infeksi saat melakukan pertolongan persalinan yaitu masing - masing 17 responden (47,2%).</p>

7	<p>Perilaku pencananan pengobatan dalam persalinan berdasarkan tradisi masyarakat manjappajo.</p>	<p>Andi Asma, Andi Dewi Sarika, dkk</p>	<p><a href="https://jurnal.yapri.ac.id/index.php/semnassmg/article/view/52">https://jurnal.yapri.ac.id/index.php/semnassmg/article/view/52</a></p>	13	13	<p>Penelitian Kualitatif dengan pendekatan Fenomenologi karena metode ini merupakan pandangan berpikir.</p>	<p>Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa ibu yang hamil tua lebih sering mengunjungi dukun dengan alasan kalau pemeriksaan pada dukun yang sangat disukai oleh ibu hamil adalah saat dibetulkan posisi bayinya yang disebut diurut dan hal tersebut membuat ibu percaya bahwa perlakuan seperti itu bisa memperbaiki posisi bayi di dalam perutnya.</p>
8	<p>Pelaksanaan intervensi berbasis komunitas di distrik pedesaan dan terpencil di Zambia... evaluasi proses kelompok tindakan ibu yang aman.</p>	<p>Jacobs, Chochwe Michelo, Charles Moshabela Mosa</p>	<p><a href="https://doi.org/10.1186/s13012-018-0766-1">https://doi.org/10.1186/s13012-018-0766-1</a></p>	78.Orang.	78 Sampel.	<p>Metode Acak / Simple Random Sampling.</p>	<p>Semua SMAG (100%) menerima Pelatihan tentang keterampilan menjadi ibu yang aman sebelum intervensi dan bekerja di masyarakat.</p>

9	<p>Menyediakan layanan keibuan yang aman untuk populasi yang kurang terlayani dan terantar di Yaman. Kasus untuk Voucher.</p>	<p>Grainger, Corinne G Gortler, Anna C Boddam-whetham, Eman Al-Kobati, Luke</p>	<p><a href="https://doi.org/10.1186/s41018-017-0021-4">https://doi.org/10.1186/s41018-017-0021-4</a></p>	29.300	18.644	<p>Metode Acak / Simple Random Sampling.</p>	<p>Berdasarkan pengalaman di Yaman telah menunjukkan bahwa voucher adalah alat yang berguna untuk membantu mempertahankan pemberian layanan kesehatan ketika sistem publik yang lemah gagal melakukannya. Hal ini dibuktikan dengan keberhasilan program voucher Kesehatan Reproduksi di Yaman dalam memungkinkan lebih banyak perempuan mengakses sekeranjang layanan reproduksi dan ibu baru lahir dalam konteks peningkatan ketidak stabilan, jumlah persalinan institusional yang jauh lebih tinggi dan yang diharapkan (dengan faktor di minimal 25%) dalam 1 tahun krisis.</p>
---	---	---	--	--------	--------	--	--

# JURNAL – JURNAL SAFE MOTHERHOOD

JUDUL/ NAMA PENELITIAN (SUMBER)	POPULASI	SAMPEL	METODE	HASIL
Inclusion of men in maternal and safe motherhood services in inner city communities in Ghana (2017) Margaret Dush Atuahene <sup>1*</sup> , Sylvia Arde-Acquah <sup>2</sup> , Nana Frema Atuahene <sup>3</sup> , Martin Adjuk <sup>4</sup> and John Kuumuori Ganle <sup>1</sup> Atuahene et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2017) DOI 10.1186/s12884-017-1590-3	Populasi penelitian adalah pria kawin yang berusia 18 tahun ke atas yang istri/pasangannya sedang hamil dan sedang hamil trimester ketiga atau memiliki anak berusia kurang dari atau sama dengan lima tahun.	Prosedur pengambilan sampel multi-tahap diikuti memilih rumah, rumah tangga dan responden. Teknik pengambil sampel acak sederhana digunakan untuk memilih jumlah rumah (yaitu 256) untuk dimasukkan dalam studi.	Survei kuantitatif deskriptif cross-sectional. Untuk data menggunakan kuisioner dengan cara Survei ke rumah tangga.	Meskipun hampir semua (96,6%) responden mengetahui arti KB, namun sebanyak 236 (92,2%) tidak pernah menemui istri / pasangannya ke klinik untuk mendapatkan pelayanan KB. Juga 242 (94,5%) dan 251 (98%) laki-laki, masing-masing mengetahui pentingnya layanan antenatal dan persalinan yang diawasi. Namun, hanya 114 (44,5%) laki-laki yang pernah menemui istri / pasangannya mencari layanan persalinan yang terampil. Keterbatasan laki-laki terhalang oleh hambatan seperti sikap petugas kesehatan, waktu tunggu yang lama dan kepercayaan sosial budaya.
Knowledge of safe motherhood among women in rural communities in northern Nigeria (2013) Ekechi Okereke <sup>1*</sup> , Susan Aradeon <sup>2</sup> , Adekunle Akerele <sup>1</sup> , Mustapha Tanko <sup>1</sup> , Ibrahim Yisa <sup>1</sup> and	Populasi penelitian adalah memilih wanita yang baru saja melahirkan di lokasi penelitian dan wanita yang melahirkan dalam dua tahun terakhir	Pengambilan sampel untuk penelitian ini adalah LGA dalam kelompok yang dipilih di kedua negara bagian. Untuk sampel 270 orang diambil dari cluster Bimbin Gwari (Negara Bagian Kaduna) dan 270	Studi cross-sectional yang dilakukan di dua negara bagian (Kaduna dan Kano States) di bagian utara Nigeria. Pengumpulan data menggunakan kuisioner yang telah diuji sebelumnya dan	Lebih dari 90% responden di kedua negara bagian menunjukkan pengetahuan yang buruk tentang manfaat pemberian fasilitas kesehatan oleh dukun bayi yang terampil. Lebih dari 80% responden di kedua negara bagian menunjukkan pengetahuan yang buruk tentang manfaat dari kunjungan ANC. Lebih dari separuh responden di kedua

<p>Knowledge of safe motherhood among women in rural communities in northern Nigeria (2013)</p> <p>Ekechi Okereke1*, Susan Aradeon2, Adekunle Akerele1, Mustapha Tanko1, Ibrahim Yisa1 and Benson Obonyo Okereke et al. Reproductive Health 2013, <a href="http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/57">http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/57</a></p>	<p>Populasi adalah wanita yang baru saja melahirkan di lokasi penelitian dan wanita yang melahirkan dalam dua tahun terakhir</p>	<p>Pengambilan sampel penelitian ini adalah LGA dalam kelompok yang dipilih di kedua negara bagian. Untuk sampel 270 orang diambil dari cluster Birnin Gwari (Negara Bagian Kaduna) dan 270 orang dari cluster Kunchi (Negara Bagian Kano).</p> <p>Jumlah sampel 540 , pengambilan sampel secara acak dengan memilih wanita yang baru saja melahirkan di lokasi penelitian</p>	<p>Studi sectional dilakukan di dua negara bagian (Kaduna dan Kano States) di bagian utara Nigeria. Pengumpulan data menggunakan Kuesioner yang diuji sebelumnya dan diberikan oleh pewawancara</p>	<p>Lebih dari 90% responden di kedua negara bagian menunjukkan pengetahuan yang buruk tentang manfaat pemberian fasilitas kesehatan oleh dukun bayi yang terampil. Lebih dari 80% responden di kedua negara bagian menunjukkan pengetahuan yang buruk tentang manfaat dari kunjungan ANC. Lebih dari separuh responden di kedua negara bagian memiliki pengetahuan yang buruk tentang tanda-tanda bahaya ibu.</p> <p>Menurut analisis regresi multivariat, pernah bersekolah oleh responden meningkatkan kemungkinannya mengetahui tanda bahaya ibu sebanyak tiga kali lipat (OR 2,63, 95% CI: 1,2-5,8) di antara responden di Negara Bagian Kaduna. Sementara kehadiran pada</p>
---	--	--	---	---

kunjungan ANC selama kehamilan meningkat untuk mengetahui tanda-tanda bahaya maternal oleh dua kali lipat di antara responden di Negara Bagian Kano (OR 2,05, 95% CI: 1,1-3,9) dan tiga kali lipat di antara responden di Negara Bagian Kaduna (OR 3.33, 95% CI: 1.6-7.2).

Maternal health care services utilisation in the context of 'Abiye' (safe motherhood) programme in Ondo State, Nigeria (2020)	Pengambilan sampel dengan melakukan survei berbasis populasi pada tahun 2016	Sampel perwakilan dari 409 wanita yang memiliki melahirkan antara tahun 2011 dan 2015, yang dipilih dengan menggunakan cluster random sampling. Kami membandingkan temuan survei tahun 2016 ini terhadap NDHS 2013, yang berisi informasi pemanfaatan layanan kesehatan ibu dari total 434 wanita yang melahirkan antara tahun 2009 dan 2013 untuk menilai kemajuan dalam penggunaan kesehatan ibu layanan perawatan	Menggunakan statistik deskriptif dan inferensial untuk analisis data kami.	Dalam survei NDHS 2013, sekitar 80% wanita menerima perawatan antenatal dibandingkan dengan 98% pada 2016 survei. Survei kami menunjukkan bahwa sebagian besar kelahiran (85,6%) terjadi di fasilitas kesehatan dibandingkan dengan hanya 56,5% dalam survei NDHS 2013, yang mewakili peningkatan 29,1 poin persentase. Dalam kedua survei tersebut, wanita dengan primer tingkat pendidikan atau kurang memiliki kemungkinan lebih rendah untuk melahirkan bayi mereka di fasilitas kesehatan. Namun, sementara 2013 Survei NDHS menunjukkan bahwa wanita yang tinggal di perkotaan memiliki kemungkinan dua kali lebih besar untuk melahirkan
---	--	--	--	---

fasilitas kesehatan dibandingkan dengan yang tinggal di perdesaan, survei tahun 2016 menunjukkan bahwa penduduk perkotaan sudah tidak ada lagi secara signifikan terkait dengan kemungkinan yang lebih tinggi untuk melahirkan anak di fasilitas. Karakteristik demografi peserta dalam kedua survei disajikan pada Tabel 1. Usia rata-rata peserta penelitian untuk baseline (NDHS 2013) dan endline (penelitian saat ini) masing-masing adalah 31,29 (7,28) dan 31,7 (SD 6,2) tahun. Sebagian besar peserta dalam kedua survei berusia di atas 24 tahun, bekerja, menikah, dan Kristen.

Evaluation of Predictors for Safe Motherhood Among Women in Bangladesh	Wanita kawin dalam rentang usia 15-49 tahun dengan kelahiran di setahun sebelum survei	Wanita dalam rentang usia 15-49 tahun dengan kelahiran dihidup sebelum survei dipilih secara acak	Penelitian ini mengadopsi pendekatan cross-sectional dengan menggunakan Kuesioner semi-terstruktur digunakan untuk mewawancarai subjek	Hasil penelitian mengungkapkan bahwa praktik persalinan yang aman bukan standar di CHT. Hanya 12,7% yang memenuhi standar layanan bersalin di CHT. Pada saat hamil, lebih dari 2/3 wanita tidak menerima perawatan pranatal. Hasil penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa hanya 34% ibu melahirkan di rumah sakit sementara 66% kelahiran terjadi di rumah dan lebih dari 50% dibantu oleh bidan tradisional yang tidak terlatih.
Chittagong Hill Tracts (2020)	representasi yang memadai dari populasi penelitian, 50% (yaitu 192 peserta)	diambil secara acak		
Abu Naser Md. Rezaul Karim1*, S.M. Mostafa Kamal2	ditambahkan ke ukuran sampel yang dihitung (yaitu, 384 + 192) sehingga total 576	dan data diperoleh dengan menggunakan kuesioner semi-terstruktur		
http://www.ijwhr.net (2020)				Secara umum, hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor sosial ekonomi, demografi, budaya, dan perilaku mempengaruhi adopsi pelayanan kesehatan ibu (MHCS) oleh perempuan

<p>di CHT. Oleh karena itu, meningkatkan kondisi ekonomi dengan memperkenalkan industri 'ramah lingkungan' dapat membantu meningkatkan penerapan praktik menjadi ibu yang aman.</p>	
<p>Multilevel analysis Data dari 2005, 2010, Metode pengambilan sampel klaster dua tingkat bertingkat untuk memilih rumah tangga survei. Wawancara tatap muka dilakukan kepada semua wanita usia subur (15-49 tahun) di rumah tangga sampel. Data yang dianalisis dalam penelitian ini berasal dari kuesioner individu (wanita) dari dan penggunaan cross-sectional ini menggunakan data dari survei demografi dan kesehatan Kamboja tahun 2005, 2010, dan 2014 (GDHS). Model regresi logistik biner dan multinomial bertingkat diterapkan untuk menilai hubungan antara faktor tingkat individu dan komunitas, dan penggunaan</p>	<p>Prevalensi metode modern meningkat dari waktu ke waktu (masing-masing 29,0, 38,1, dan 42,3% pada tahun 2005, 2010, dan 2014). Pada tingkat individu, wanita yang berpendidikan menengah dan tinggi lebih cenderung menggunakan kontrasepsi apapun [rasio odds yang disesuaikan (aOR) = 1,43, interval kepercayaan 95% (CI) = 1,22-1,68, dan aOR = 1,23, 95% CI = 1,05-1,44 pada tahun 2010 dan 2014,</p>

<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01141>

CDHS yang telah diterbitkan di tempat lain . Analisis saat ini dibatasi pada wanita yang saat ini menikah / bersatunya atau tinggal dengan seorang pria

metode kontrasepsi.

masing-masing] dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki pendidikan formal. Demikian pula, memiliki tingkat partisipasi angkatan kerja yang tinggi secara signifikan terkait dengan peningkatan kemungkinan menggunakan metode kontrasepsi [aOR = 1,12, 95% CI = 1,00–1,26, aOR = 1,44, 95% CI = 1,29–1,60 dan pada tahun 2010 dan 2014, masing-masing]. Faktor lain seperti usia pertama kali menikah, tempat tinggal, dan memiliki asuransi kesehatan dikaitkan dengan penggunaan kontrasepsi. Perubahan proporsional dalam varians menunjukkan bahwa sekitar 14,3% dari total variasi dalam

<p>kemungkinan penggunaan kontrasepsi di seluruh komunitas dijelaskan oleh faktor tingkat individu dan komunitas. Selain itu, korelasi intraclass menunjukkan bahwa sekitar 5,2% dari total variasi tetap tidak dapat dijelaskan bahkan setelah penyesuaian.</p>	<p>Dua dari tiga (69,8%) dengan kelahiran terakhir mengakses setidaknya empat kunjungan ANC. Tingkat kelahiran hidup sekitar 98,6% pada kelompok ANC4+, lebih tinggi dari 96,8% pada kelompok ANC4- (<math>\chi^2</math>: 14,742, P &lt;0,001). Dalam logistik bertingkat Analisis regresi, kami menemukan bahwa perempuan dari provinsi 2 (OR: 0,48; 95% CI: 0,32-0,74) dan provinsi 6 (OR:</p>
<p>Andersen's model Perkiraan kehamilan dan kelahiran terakhir dan dalam 5 tahun dengan layanan ANC, dan perbedaan dalam ekonomi di kerangka kesehatan 2016, perilaku Sumber data Kami menggunakan data dari Demografi Nepal 2016 dan Health Survey (NDHS), yaitu survey rumah tangga tingkat on determining the terakhir dan kelahiran dalam 5 tahun dengan layanan ANC, dan perbedaan dalam ekonomi di kerangka kesehatan 2016, perilaku Sumber data Kami menggunakan data dari Demografi Nepal 2016 dan Health Survey (NDHS), yaitu survey rumah tangga tingkat</p>	<p>Sebuah studi cross-sectional dilakukan dengan menggunakan data Demografi Nepal dan Survei Kesehatan (DHS-7,2016-2017)</p> <p>Total dari 11.473 rumah dipilih sebagai sampel, dimana, 11.203 ditempati. Dari rumah tangga tersebut, 11.040 berhasil diwawancarai. Wanita dari kelompok usia 15-49 dipilih untuk penelitian ini, baik adalah penduduk tetap di rumah tangga yang dipilih</p>

<p>Childbirth (2020) nasional. Di bawah untuk wawancara <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-020-02976-0">https://doi.org/10.1186/s12884-020-02976-0</a>. Kementerian Kesehatan, survei yang memenuhi syarat yang telah meninggal di sana satu malam sebelum survei.</p>	<p>0,46; 95% CI: 0,30-0,71) secara signifikan lebih kecil kemungkinannya untuk mengunjungi ANC 4 kali atau lebih. Umur (OR: 0,95; 95% CI: 0,93-0,96) adalah juga terkait secara signifikan dengan frekuensi kunjungan ANC. Tingkat pendidikan dan pendidikan Wanita pasangan keduanya secara signifikan terkait dengan kunjungan ANC: wanita (OR: 4,64; 95% CI: 3,05-7,05) dan pasangannya (OR: 1,45; 95% CI: 1,01-2,06) memiliki pendidikan tinggi kemungkinan besar akan mengikuti jumlah ANC yang direkomendasikan kunjungan.</p> <p>Selain itu, wanita yang terpapar multimedia lebih cenderung</p>
---	---

menjalani empat atau lebih pemeriksaan ANC.

Husband Involvement in Menikah Setidaknya satu anak yang sudah memiliki tiga kelurahan (2, 11 dan 15) Responden di lingkungan keluarga berencana (KB), antenatal care (ANC), dan persalinan ditemukan masing-masing 10,5%, 52,2% dan 78,7%. Pada analisis multivariat ditemukan berita safe motherhood yang didengarkan oleh suami (AOR 9,813, CI: 4,854 - 19,839) secara statistik berhubungan dengan keterlibatan suami dalam pelayanan antenatal care. Dalam analisis multivariat, suami yang pernah melakukan usaha, jasa dan bertani / upah

Studi sectional berbasis komunitas

29 dipilih oleh

15 oleh

metode simple random sampling.

Total ukuran sampel adalah 343

Wanita yang sudah memiliki anak sebagai Sub populasi penelitian. Ada 873 populasi yang dipilih (323, 382 dan 168 di lingkungan no 2, 11 dan 15 masing-masing). Jumlah responden dari setiap kelurahan terpilih secara proporsional

harian ditemukan 20.668 (CI: 7.740 - 55.192), 13.058 (CI: 5.818 - 29.310) dan 14.195 (CI: 4.139 - 48.674) kali lebih mungkin terlibat selama melahirkan anak masing-masing dibandingkan mereka yang pernah bekerja di luar negeri

<p>Implementation of Pengaturan studi a community- Penelitian dilakukan di based intervention dua distrik terpencil, in the most rural yang terletak di Luapula and remote dan provinsi utara districts of Zambia Zambia. Kabupaten- Choolwe kabupaten tersebut Jacobs1,2,3*, termasuk di antara Charles Michelo2,3 empat kabupaten untuk and Mosa HPP dimana program Moshabela1, SMAGs Jacobs et al. diimplementasikan Implementation Science (2018) <a href="https://doi.org/10.1186/s13012-018-0766-1">https://doi.org/10.1186/s13012-018-0766-1</a></p>	<p>Untuk memilih kabupaten studi, pertama-tama kami membuat stratifikasi kabupaten menjadi dua provinsi. Di masing-masing dari dua provinsi, kami secara acak memilih salah satu dari dua provinsi, distrik dengan koin. Dari masing-masing terpilih kabupaten, dua fasilitas wawancara</p>	<p>Evaluasi proses, sesuai dengan kerangka Medical Research Council (MRC), dilakukan di dua distrik pedesaan terpilih di Zambia menggunakan pendekatan kualitatif. Diskusi kelompok terfokus dilakukan dengan SMAGs, relawan petugas kesehatan komunitas, dan para ibu serta wawancara</p>	<p>Sebanyak 78 peserta diwawancarai, 34 SMAG, 36 ibu dan 8 penyedia layanan kesehatan dari dua kabupaten pedesaan. Mayoritas SMAG adalah perempuan (59%) dengan usia rentang 24 hingga 71 tahun. Semua SMAG (100%) diterima pelatihan tentang keterampilan menjadi ibu yang aman sebelum intervensi dan bekerja di komunitas. Tiga dari delapan penyedia layanan kesehatan (38%) adalah perempuan. Kekurangan</p>
---	---	--	---

<p>kesehatan intervensi secara acak dengan metode undian, dimana semua fasilitasnya diberi nomor, setelah itu dua nomor dipilih secara acak</p>	<p>mendalam dengan penyedia layanan kesehatan.</p>	<p>dalam intervensi dilaporkan dan termasuk buruk yang sedang berlangsung dukungan, persediaan yang tidak memadai dan kurangnya transportasi yang efektif seperti sepeda yang dibutuhkan oleh SMAG untuk memfasilitasi pekerjaan mereka. Faktor-faktor di luar intervensi, seperti layanan kesehatan yang tidak memadai dan perawatan kesehatan yang terampil penyedia di fasilitas di mana SMAG merujuk ibu dan akses geografis yang buruk, mungkin mengarahkan SMAG terlibat dalam peran yang tidak diinginkan dalam melakukan pengiriman, sehingga membahayakan hasil intervensi. Rentang usia ibu 19 sampai 46</p>
---	--	--

<p>tahun; tidak ada dari mereka melaporkan bahwa mereka tidak pernah sekolah, dan mayoritas (64%) tidak menyelesaikan pendidikan dasar.</p>					
<p>Dari 87 peserta, semua (100%) memiliki pengetahuan yang kurang memadai tentang safe motherhood dan hampir semuanya (96,6%) memiliki partisipasi yang rendah. Meskipun pengetahuan yang tidak memadai dan praktik yang rendah pada umumnya, perbandingan antara variabel sosio-demografis menunjukkan bahwa umat Buddha memiliki pengetahuan yang relatif lebih tinggi (Rata-rata 17,39, SD 6,14) dan partisipasi yang tinggi (Rata-rata 30,25, SD 13,33).</p>	<p>Jenis penelitian deskriptif cross sectional</p>	<p>Teknik pengambilan sampel sistemik digunakan untuk memilih 87 peserta. Demikian pula, kuesioner semi-terstruktur dengan teknik wawancara tatap muka yang dilaporkan sendiri digunakan untuk pengumpulan data.</p>	<p>Populasi penelitian ini terpilih terdapat di bawah 5 tahun Bahuni</p>	<p>Male participation in safe motherhood in selected village development committee of Morang, Nepal, 2016 Dahlan Punam Dan Bajgain Bhawana <a href="https://www.openaccessjournals.com">https://www.openaccessjournals.com</a></p>	

Demikian pula, Brahmana dan Chettri memiliki lebih banyak pengetahuan (Rata-rata 21,49, SD 12,51) dan partisipasi tinggi (Rata-rata 33,16, SD 14,28), Sarjana dan pendidikan di atasnya memiliki lebih banyak pengetahuan (Rata-rata 39,13, SD 6,23) dan partisipasi tinggi (Rata-rata 64,70, SD 8,5) .

Demikian pula, pemegang pekerjaan Pemerintah memiliki lebih banyak pengetahuan (Rata-rata 21,30, SD 10,93) dan partisipasi tinggi (Rata-rata 35,88, SD 14,79). Terakhir, menghasilkan tinggi memiliki lebih banyak pengetahuan (Rata-rata 22,65, SD 9,78) dan partisipasi tinggi (Rata-rata 24,13, SD 13,52) daripada menghasilkan rendah.

Ada hubungan yang signifikan antara etnis, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dengan pengetahuan dan praktik (p-value <0,05). Ada korelasi positif yang tinggi (88,2%) antara pengetahuan dan praktik. Temuan studi ini mengidentifikasi semua dari peserta memiliki pengetahuan yang kurang. Demikian juga mayoritas laki-laki (96,6%) pernah partisipasi yang rendah dalam menjadi ibu yang aman.

Meskipun puluhan tahun program menjadi ibu yang aman, Angka kematian ibu di Nepal masih tinggi. Padahal sebagian besar peserta setuju kebutuhan untuk praktek keibuan yang aman tapi partisipasi

<p>Shaping the health policy agenda: The case of safe motherhood policy in Vietnam</p> <p>Bui Thi Thu Ha1 *, Toilib Mirzoev2, Maitrayee Mukhopadhyay3</p> <p>http://ijhpm.com/Int J Health Policy Manag 2015,</p>	<p>penelitian pembuat kebijakan, manajer / peneliti, mitra pembangunan internasional / donator dan politisi.</p> <p>Purposive sampling digunakan untuk menyusun daftar awal responden untuk wawancara berdasarkan peran mereka dalam proses kebijakan kesehatan, yang dilanjutkan dengan teknik bola salju untuk mengidentifikasi responden selanjutnya.</p>	<p>Sebuah studi kasus tentang bagaimana SM muncul sebagai prioritas politik di Vietnam selama periode 2001-2008, yang diambil dari teori pengaturan agenda Kingdon telah dilakukan. 2008, menggunakan wawancara mendalam dan diskusi kelompok fokus dengan para pelaku kebijakan utama dan</p>	<p>sebenarnya sangat rendah. Kesehatan profesional dari setiap wilayah negara harus berusaha semaksimal mungkin partisipasi laki-laki dalam menjadi ibu yang aman masalah.</p> <p>Tiga aliran terkait berkontribusi pada prioritas SM di Vietnam: (1) masalah AKI yang tinggi secara resmi diakui dari penelitian berkualitas tinggi, (2) peran kuat pendukung kebijakan dari Kemenkes dalam mengadvokasi kebutuhan untuk mengurangi AKI juga sebagai dukungan dari pemerintah dan donor, dan (3) acara nasional dan internasional, memberikan konteks yang menguntungkan agar masalah ini muncul dalam agenda kebijakan.</p>
---	--	--	---

tinjauan dokumen

Hasil Proses kebijakan kesehatan pada umumnya dipimpin oleh pemerintah, dan terdapat peningkatan pengakuan atas keterlibatan pelaku di luar sektor pemerintah dan sistem kesehatan Di Vietnam, sejak 2008, semua kebijakan harus mengikuti Undang-Undang tentang penerbitan dokumen hukum, 16 yang mengatur tahapan kebijakan publik sebagai berikut: pengusulan kebijakan, pengembangan, implementasi, dan evaluasi. Faktor utama yang mempengaruhi proses kebijakan yang muncul dari analisis kami dan dilaporkan di tempat lain adalah: sifat masalah kebijakan, keterlibatan berbagai aktor dan konteks nasional dan

internasional.10 Dalam beberapa tahun terakhir, di bawah Undang-Undang tentang penerbitan dokumen hukum, proses kebijakan kesehatan di Vietnam telah menjadi lebih konsultatif

LAMPIRAN FOTO KEGIATAN PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS BATU BANDUNG KABUPATEN KEPAHIANG  
PROVINSI BENGKULU



Foto Kegiatan Pelayanan Kesehatan Di Daerah Sangat Terpencil Tahun 2013





Pembagian Tablet Fe dalam rangka pelayanan kesehatan Daerah terpencil untuk ibu hamil dan Remaja Tahun 2013





Penyuluhan Kesehatan Balita di Posyandu Desa Ai Les rangka pelayanan kesehatan Daerah terpencil Tahun 2013





Pelaksanaan kelas Ibu di Desa Batu Bandung  
Tahun 2014





Pelaksanaan Peyuluhan Kesehatan Reproduksi pada Ibu-Ibu Posyandu di Desa Air Les Tahun 2014





Pemberian Tablet Fe dan PMT Roti untuk ibu Hamil Desa Batu Kalung Tahun 2015



Pelaksanaan Pemeriksaan kehamilan di Desa Talang Tige Tahun 2015



Pelaksanaan Pemberian PMT Ibu Hamil di Desa Air Punggur Tahun 2015





Pelaksanaan Pemeriksaan kehamilan Ibu Hamil Posyandu di Desa Damar  
Kencana Tahun 2015





Akses jalan menuju Desa Damar Kencana Tahun 2013





Akses jalan menuju Desa Damar Kencana Tahun 2013





Akses jalan menuju Air Punggur Tahun 2013





Akses jalan menuju Desa Air Punggur Tahun 2013





## Indeks

### A

Aborsi 31, 326  
Abortus 197, 253  
AKI 1, 2, 4, 8, 9, 11, 32, 33, 34, 41,  
45, 53, 54, 64, 65, 68, 73,  
240, 243, 245, 326  
Anamnesis 214, 215  
ANC 2, 32, 190, 243, 326  
anenchepalus 199  
antenatal 143, 153, 167, 169, 171,  
208, 211, 243  
Antenatal Care 31, 326  
aromaterapi 155, 156, 157, 158,  
160, 161  
ASEAN 1, 19, 56, 326  
asfiksia 23, 35, 326  
Asuhan Kebidanan 202  
Asuransi 60  
aterm 198, 257  
ATP 272

### B

BAK 196  
Bank Dunia 7, 11, 12, 15, 25, 28,  
127

### C

Caten 67  
Cephalopelvic disproportion 213  
Citrus Auratium 160

### D

Dasolin 72, 326  
Deteksi Dini 34  
DJJ 278  
Donor darah 248  
DTT 269  
dukun bayi 22, 23, 24, 25, 29, 52  
Dukun paraji 246

## E

Effacement 254

eklamsia 215

EMAS 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82,  
83, 84, 85, 86, 87, 128

Empat Pilar 2

etika 204, 205, 206

## F

Family Care International 7

Fase aktif 252, 259

Fase laten 252, 259

Fasilitator 65

## G

GSI 11, 65, 68, 69, 71

## H

HAR-S 175, 178

Hidroterapi 169, 170

His 255, 272

HIV/AIDS 7, 31

Hormon 198

Hypnobirthing 147, 149

## I

ICM 245

ICPD 8, 11, 41, 54

IMD 279

Immaturus 197

infeksi 155, 161, 163, 213, 214, 260,  
281, 282, 283, 285

inisiatif Safe Motherhood 7, 30

International Conference on Pop-  
ulation and Development  
8, 41

intervensi 2, 6, 7, 15, 20, 21, 22, 28,  
30, 32, 34, 40, 41, 43, 44, 48,

49, 52, 58, 60, 70, 79, 80, 82,  
85, 86, 109, 122, 124, 130,  
135, 139, 140

## J

Jampersal 72, 73, 74, 76

## K

Kader 60

Katalisator 65

Kecemasan 136, 138

kehamilan 140, 142, 143, 145, 148,  
149, 154, 165, 167, 168, 169,  
171, 172, 173, 196, 197, 198,  
199, 203, 207, 208, 209, 212,  
213, 214, 215, 239, 242, 243,  
247, 249, 251, 252, 253, 274,  
276, 282, 283, 284

Keluarga Berencana 2, 26, 31, 33

Kesinambungan 207, 208

Ketuban Pecah Dini 214

komplikasi 145, 155, 168, 171, 201,  
208, 209, 212, 213, 240, 241,  
243, 249, 252, 274, 276, 280

Kompres dingin 150

Kompres panas 150

KTD 53, 54

KTT 51, 114, 115, 116, 117

## L

laserasi 155, 214, 270, 277, 280

Lavender 155

## M

Massage 151

Minyak Esensial Jeruk 159

mortalitas 4, 19, 28, 51, 118, 119

Motivator 65, 83

MPS 3  
 Multigravida 253, 276  
 Musik 163, 164, 165, 166, 171

**N**

Nulipara 253  
 nyeri 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 173, 174, 200, 254, 280, 284, 285

**O**

obstetri 2, 25, 33, 35, 43, 52, 54, 64, 76, 86  
 Obstetric Care 31  
 Oksitosin 198

**P**

P4K 240, 241  
 Parturient 253  
 Partus Lama 213  
 pascapersalinan 16, 19, 30, 31  
 Passage 273  
 pemberdayaan 3, 8, 45, 46, 48, 55, 60, 120  
 penyuluhan 3  
 perdarahan 155, 158, 201, 214, 256, 260, 269, 270, 276, 280, 281  
 persalinan 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 206, 207, 209, 210, 212, 213, 214, 215, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 259, 260, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 284, 285, 286  
 Persalinan 2, 33, 34, 42, 52, 72, 128, 140, 151, 159, 161, 195, 197, 200, 201, 212, 214, 215, 239, 240, 242, 251, 252, 253, 255, 256, 260, 271, 272, 279, 280, 284, 286  
 Peurpura 253  
 PHC 50, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64  
 Pijat Refleksi Kaki 161  
 PMS 66  
 POD 60  
 PONED 35, 52, 54, 73, 74, 80, 86, 250  
 PONEK 250  
 Post Date 213  
 Postmaturus 198  
 Power 272  
 PPGDON 72  
 Preeklamsia 215  
 Prematurus 197  
 primigravida 145, 147, 148, 196, 212, 253, 276  
 progesteron 145, 198, 271  
 prostaglandin 197, 198, 199  
 psikologis 140, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 153, 154, 155, 161, 162, 166, 169, 171, 174, 175, 274  
 Psikologis 141, 147, 174, 196, 274  
 PUS 67  
 Puskesmas 34, 35, 36, 52, 54, 56,

57, 58, 59, 73, 74, 77, 80, 86,  
129

## **R**

Rosa damascena 157

## **S**

Safe Motherhood 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9,  
10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 21,  
22, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32,  
41, 43, 44, 51, 54, 71, 89

Safe Motherhood Fund 12, 28

SBA 22

seksio sesarea 213, 214, 215

Senam hamil 153

Serviks 254, 260

SIAGA 247

Sungsang 214

## **T**

Teknik Pernapasan 166

TOGA 60, 68

## **U**

Uterus 254

## **W**

Women empowerment 8

## **Y**

Yoga 167, 168, 169