BAB II
KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Pengkajian dilakukan di Puskesmas Gamping II dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 22 Juli 2021. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Gamping II tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah, dan juga secara *online* menggunakan *Whatsapp*. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien.

a. Pengkajian tanggal 22 Juli 2021

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. P pertama kali dilakukan pada tanggal 22 Juli 2021 di Puskesmas Gamping II diperoleh Ny. P berusia 26 tahun datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan. Berdasarkan riwayat menstruasi, menarche 13 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 5-6 hari, tidak mengalami disminore, ganti pembalut 3-4 kali/hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. P dan suami sudah menikah selama 1 tahun. HPHT 21 Oktober 2020 HPL 28 Juli 2021, saat ini umur kehamilan 39 minggu 1 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny. P dan belum pernah mengalami abortus. Ny. P mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 11 minggu. Selama

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

kehamilan ini Ny. P periksa kehamilan pada trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 5 kali, dan trimester III sebanyak 5 kali.

Pemeriksaan ANC terpadu dilakukan saat usia kehamilan 19 minggu datang ke puskesmas tidak ada keluhan hasil pemeriksaan objektif menunjukkan tekanan darah 131/74 mmHg, nadi 82 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, berat badan 64,3 kg, usia kehamilan 19^{+4} minggu, TFU 2 jari bawah pusat, presentasi bokong, DJJ 142 kali/menit, teratur dan hasil pemeriksaan penunjang tanggal 8 Maret 2021 yaitu Hb 10,3 gr%; gds 115; PITC non reaktif; sifilis non reaktif; HBsAg non reaktif; protein urine negative; dan reduksi negative. Pada pemeriksaan K4 Ny. P mengalami kenaikan Hb menjadi 11,2 gr%. Keluhan yang dirasakan Ny. P selama kehamilan ini pada trimester I adalah mual, trimester II tidak ada keluhan, dan trimester III adalah pinggang dan perutnya sering terasa kencang. Riwayat kenaikan berat badan selama hamil yang dialami oleh Ny. P yaitu pada trimester I meningkat sebanyak 2 kg (berat sebelum hamil 58 kg dan saat ini 60 kg), trimester II meningkat sebanyak 8 kg (berat TM I 60 kg dan saat ini 68 kg), dan trimester III meningkat lagi sebanyak 6 kg (berat TM II 68 kg dan saat ini 74 kg). Jumlah kenaikan berat badan yang dialami Ny. P selama kehamilan adalah 16 kg dan IMT 26,1 kg/m^2. Sehingga dapat disimpulkan bahwa IMT dan kenaikan berat badan selama hamil pada Ny. P dalam batas normal.

Pada tanggal 10 Juli 2021 Ny. P di usia kehamilan 37^{+3} minggu melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Gamping II dengan

keluhan batuk, pilek. Saat dilakukan pemeriksaan test PCR diperoleh hasil bahwa Ny. P positif Covid-19 sehingga Ny. P dianjurkan untuk melakukan isolasi mandiri di rumah. Dikarenakan pada usia kehamilan ini kepala janin belum masuk, maka puskesmas melakukan rujukan ke rumah sakit untuk segera dilakukan tindakan. Setelah isolasi mandiri selesai, tanggal 21 Juli 2021 di usia kehamilan 39 minggu Ny. P melakukan pemeriksaan kehamilan di Rumah Sakit Sakina Idaman. Hasil pemeriksaan yang dilakukan dokter yaitu untuk melakukan operasi *Sectio Caesarea* pada Hari Perkiraan lahir Ny.P dikarenakan belum ada tanda-tanda persalinan, serta dokter menganjurkan Ny. P untuk mengurus rujukan di puskesmas.

Selama kehamilan ini Ny. P hanya mengkonsumsi obat yang diberikan oleh bidan/dokter yaitu asam folat, tablet tambah darah, kalsium, dan vitamin C. Ny. P belum pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya karena ingin segera memiliki anak. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. P tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B. Keluarga Ny. P juga tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, TBC, HIV, hepatitis B, dan tidak ada keturunan kembar.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD 132/82 mmHg, Nadi 80 kali/menit, Respirasi 20 kali/menit, suhu 36,6^{o}C, BB sebelum hamil 58 kg, BB saat ini 74 kg, TB 149 cm, Lila 28 cm, IMT 26,1 kg/m^{2}. Berdasarkan palpasi leopold TFU 33 cm, punggung kiri,

presentasi kepala, dan kepala belum masuk panggul, DJJ 130 kali/menit, teratur. TBJ 3255 gram, tidak ada oedem di ekstermitas. Berdasarkan pemeriksaan laboratorium tanggal 28 Juni 2021 diperoleh Hb 11,2 gr/dl dan protein urine negatif. Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. P usia 26 tahun $G_1P_0Ab_0Ah_0$ usia kehamilan 39^{+1} minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan edukasi kepada ibu terkait keadaan yang dialaminya saat ini, menganjurkan ibu untuk dirujukan ke Rumah Sakit atas indikasi Disproporsi Kepala Panggul (DKP) sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk dilakukan tindakan *section caesarea* secara terencana, melakukan rujukan ke rumah sakit dengan diagnosa Ny. P usia 26 tahun $G_1P_0Ab_0Ah_0$ usia kehamilan 39^{+1} minggu dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), memberikan KIE tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan di rumah sakit mulai dari biaya, pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan, rumah sakit yang dituju, pendonor yaitu suami, serta menganjurkan ibu untuk mulai mendiskusikan dengan suami terkait penggunaan metode kontrasepsi setelah lahiran dikarenakan ibu akan melahirkan secara operasi sehingga perlu memberikan waktu untuk pulih sempurna sebelum mengalami kehamilan selanjutnya.

b. Pengkajian tanggal 23 Juli 2021

Ibu datang ke Rumah Sakit pukul 09.00 WIB ingin melakukan pemeriksaan kehamilan dan melakukan saran bidan untuk dilakukan operasi SC terencana, saat ini ibu merasa perutnya kenceng-kenceng belum ada pengeluaran lendir darah maupun air ketuban. Obat yang diberikan masih ada. Ibu mengatakan gerakan janin aktif. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 2 minggu. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, palpasi leopold TFU 33 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan kepala masuk panggul, pembukaan 1 cm. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. P usia 26 tahun $G_1P_0Ab_0Ah_0$ usia kehamilan 39^{+2} minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala inpartu kala I fase laten dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu mengatur dan menjadwalkan operasi *Sectio Caesarea* (SC) terencana atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di tanggal 24 Juli 2021.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan (melalui *WhatsApp*)

Ibu datang ke RSUD Prambanan tanggal 23 Juli 2021 pukul 16.00 WIB untuk masuk ruangan perawatan guna persiapan tindakan SC tanggal 24 Juli 2021. Saat ini ibu merasa kenceng-kenceng semakin sering belum ada pengeluaran lendir darah maupun air ketuban. Ibu makan terakhir pada 23 Juli 2021 pukul 18.00 WIB, BAB terakhir 23 Juli 2021 pukul 07.00 WIB, BAK terakhir 24 Juli 2021 pukul 02.00 WIB. Ibu merasa cemas akan melakukan persalinan secara SC. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 2 hari.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik pembukaan 1 cm. Saat di ruangan perawatan mulai tampak pengeluaran lendir darah tanggal 23 Juli 2021 pukul 21.00 WIB, hasil periksa dalam pukul 02.00 WIB diperoleh pembukaan 5 cm. Persalinan SC atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) dilakukan tanggal 24 Juli 2021 pukul 08.00 WIB dan bayi lahir pukul 08.40 WIB dengan jenis kelamin laki-laki, bayi tidak langsung menangis dan seluruh tubuh biru.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

   a. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 24 Juli 2021

      Bayi Ny. P lahir tanggal 24 Juli 2021 pukul 08.40 WIB secara *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Bayi Ny. P lahir tidak menangis dan seluruh tubuh biru sehingga dilakukan tindakan resusitasi sampai akhirnya bayi bisa menangis dan bernafas spontan. Bayi tidak dilakukam inisiasi menyusu dini (IMD). Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir 2820 gram, panjang badan 48 cm, dan lingkar kepala 30,5 cm. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Langkah awal resusitasi telah dilakukan, pemberian salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri 1/3 bagian luar atas sudah dilakukan, selanjutnya dilakukan perawatan bayi baru lahir pasca resusitasi. Bayi Ny. P dilakukan perawatan dan observasi di ruang perinatal selama

kurang lebih 6 jam, setelah bayi dalam kondisi stabil dilakukan rawat gabung bersama Ny. P di ruangan nifas.

b. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 26 Juli 2021 (KN I)

Ibu mengatakan bayinya sudah buang air besar dan buang air kecil, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By. Ny. P usia 2 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir. Memberitahu ibu untuk melakukan kontrol ulang 29 Juli 2021.

c. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 29 Juli 2021 (KN II)

Ibu mengatakan melakukan kontrol bayinya di rumah sakit, saat ini bayinya tidak ada keluhan, menyusu dengan baik, hisapan bayi kuat, terdengar suara menelan, dan payudara terasa kosong setelah menyusui. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan berat badan bayi mengalami peningkatan yaitu 2945 gram, tali pusat sudah puput, dan bayi tidak kuning. Sehingga diperoleh diagnosa By. Ny. P usia 5 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan

memberikan KIE terkait ASI eksklusif, *personal hygiene* bayi, dan melakukan kontrol ulang jika ada keluhan.

d. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 19 Agustus 2021 (KN III)

Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan, menyusu dengan baik namun disambung dengan susu formula karena bayi tidak ingin menyusu pada payudara yang sebelah karena putting tenggelam, bayi sudah melakukan imunisasi BCG pada tanggal 10 Agustus 2021. Hasil pemeriksaan saat imunisasi BCG yaitu berat badan 3400 gram, suhu badan 36,3^{o}C. Diperoleh diagnosa By. Ny. P usia 26 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberi KIE pemenuhan nutrisi bayi dengan menganjurkan untuk ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun dan menganjurkan untuk memompa ASI pada payudara yang putingnya tenggelam agar dapat diberikan kepada bayi menggunakan sendok.

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas

a. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 24 Juli 2021 (KF I)

Ibu mengatakan saat ini sudah mulai mencoba miring kiri dan kanan serta mencoba duduk, luka jahitan masih terasa nyeri. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI sudah keluar namun pada payudara kiri putting susu tenggelam, perut teraba keras, dan pengeluaran darah dirasa normal. Diperoleh diagnosa Ny. P usia 26 tahun $P_1A_0Ah_1$ post *sectio caesarea*

hari ke-1 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE tentang mobilisasi dini post operasi, perawatan luka jahitan, kebersihan diri dan daerah kewanitaan, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta bonding yang baik antara ibu dan bayi, menganjurkan ibu untuk rutin memompa atau menarik secara halus menggunakan tangan maupun spuit tanpa jarum pada putting susu yang tenggelam, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi.

b. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 26 Juli 2021 (KF II)

Ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk sendiri dan berjalan, luka bekas jahitan operasi masih terasa nyeri dan hari ini sudah boleh pulang. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI keluar lancar, perut teraba keras, dan pengeluaran darah normal. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. P usia 26 tahun $P_1A_0Ah_1$ post *sectio caesarea* hari ke-3 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE tentang perawatan luka jahitan operasi, perawatan dan kebersihan bayi baru lahir, kebersihan daerah kewanitaan dengan rajin mengganti pembalut ketika sudah tidak nyaman, teknik menyusui yang baik dan benar, tanda-tanda bahaya nifas, pemberian ASI *on demand*, serta pemenuhan nutrisi dan istirahat untuk pemulihan, memberikan terapi obat berupa tablet tambah darah 1x1 dan vitamin A 1x1 (diminum selama 2 hari).

c. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 5 Agustus 2021 (KF III)

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, sudah dapat beraktifitas seperti semula, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, ASI keluar lancar, BAB dan BAK seperti biasa, istirahat sedikit berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya, dalam pola makan tidak ada pantangan, namun pada tanggal 2 Agustus 2021 melakukan kontrol ke rumah sakit dan mengeluh demam sejak tanggal 29 Juli 2021, merasa nyeri di luka jahitan operasi, dan badan menggigil, namun saat ini demam sudah mulai menurun dan nyeri jahitan sedikit berkurang. Saat kontrol diberikan obat pereda nyeri dan antibiotic. Hasil pemeriksaan tanggal 2 Agustus 2021 yang diperoleh dari rumah sakit yaitu suhu tinggi dan luka jahitan operasi tampak pengeluaran nanah. Diperoleh diagnosa Ny. P usia 26 tahun $P_1A_0Ah_1$ post *sectio caesarea* hari ke-12 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pada ibu tentang kebersihan jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk memperbanyak makan-makanan yang mengandung protein tinggi agar mempercepat pemulihan luka jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk istirahat ketika bayi juga dalam kondisi istirahat sehingga tidak mudah lelah, dan memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan jika ada keluhan.

d. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 19 Agustus 2021 (KF IV)

Ibu mengatakan saat ini sudah tidak ada keluhan, luka jahitan operasi sudah membaik kering dan tidak nyeri, darah nifas sudah tidak

keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut namun saat ini juga menggunakan susu formula karena bayi malas menyusu pada putting yang tenggelam. Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny. P usia 26 tahun $P_1A_0Ah_1$ post *sectio caesarea* hari ke-26 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI ekslusif pada bayinya dengan telaten karena nutrisi yang terbaik untuk baik ada pada ASI serta untuk tumbuh kembang bayi mengingat panjang badan bayi saat lahir tergolong kurang sehingga dengan diberikannya ASI eksklusif dapat menyeimbangkan pertumbuhan dan perkembangan bayi, menganjurkan ibu untuk rajin memompa ASI pada putting yang tenggelem, menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya pada payudara kanan yang puttingnya normal, mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya, menganjurkan ibu mulai mendiskusikan dengan suami mengenai alat kontrasepsi yang akan digunakan, memberikan KIE mengenai alat kontrasepsi yang aman digunakan untuk ibu menyusui.

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pengkajian pada tanggal 26 Agustus 2021 melalui *WhatsApp*, ibu mengatakan setelah berdiskusi dengan suami, ibu belum berniat menggunakan kontrasepsi karena belum mendapat persetujuan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi jenis pil, suntik, IUD maupun implant. Namun ibu menggunakan metode kontrasepsi jenis kalender untuk mencegah dan mengatur jarak kehamilan. Ibu saat ini memberikan ASI

eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pada ibu terkait jenis-jenis kontrasepsi yang aman untuk ibu menyusui, menganjurkan ibu untuk mengkombinasikan metode kalender dengan kondom supaya memperkecil kemungkinan kegagalan kontrasepsi, menganjurkan ibu jika sudah berkeinginan untuk menggunakan KB maka disegerakan agar dapat mengatur jarak kehamilan.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care)*

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.[6] Kemenkes RI menyatakan bahwa asuhan kebidanan berkelanjutan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan

komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.[6] Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi *Caesar*, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.[7]

2. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau

9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 periode yaitu triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga, pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan.[8]

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.[9]

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat –prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari di bawah prosesus Xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010

Memantau tumbuh kembang janin dengan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan metlin bahwa TFU ± 2 cm dari usia kehamilan.[8]

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi sehingga tampak lebih cerah, agak kebiruan.[8]

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human placental lactogen*). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih jernih dari putting yang disebut kolostrum.[9]

3) Sistem Muskuloskletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.[10]

4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.[11]

5) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *Basal Metabolic Rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.[11] Pada trimester ke-2 dan ke-3 perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.[5]

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Hamil

Kategori	Indeks Masa Tubuh (IMT)	Rekomendasi Kenaikan BB (kg)
Rendah	< 19,8	12, 5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11, 5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 – 20, 5

Sumber: Saifuddin dkk, 2009

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.[11]

c. Faktor Risiko

Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.[12]

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya. [13]

1) Kelompok I (Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO)

   Terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai.

2) Kelompok II (Ada Gawat Obstetrik/AGO)

   Terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

3) Kelompok III (Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO)

   Terdapat 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

d. Antenatal care

Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas:

1) Penimbangan berat badan;
2) Pengukuran LILA;
3) Pengukuran tekanan darah
4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);

5) Penentuan denyut jantung janin (DJJ);
6) Penentuan presentasi janin;
7) Penentuan dan pemberian status imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
8) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
10) Tatalaksana kasus;
11) KIE efektif.[14]

3. Kehamilan dengan *Chepalopelvic Disproportion* (CPD)

a. Definisi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

Cephalopelvic Disproportion yaitu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul. Dalam kasus CPD, jika kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat term, mungkin akan dilakukan *SC* karena risiko terhadap janin semakin besar apabila persalinan tidak semakin maju. Apabila kepala janin telah masuk ke dalam pintu panggul, pilihannya adalah *section caesarea* elektif atau percobaan persalinan.[15]

b. Tipe/Karakteristik Panggul[16]

1) Tipe *gynaecoid*

Tipe *gynecoid* merupakan tipe panggul paling ideal, bulat. Bentuk pintu atas panggul seperti elips melintang kiri-kanan, hampir mirip lingkaran. Diameter anteroposterior kira-kira sama dengan diameter transversal. Diameter transversal terbesar terletak ditengah. Dinding samping panggul lurus. Ditemukan pada 45% perempuan, merupakan jenis panggul tipikal wanita (*female type*).

2) Tipe *anthropoid*

Bentuk pintu atas panggul seperti elips membujur anteroposterior. Diameter anteroposterior lebih panjang daripada diameter transversal. Dinding samping panggul lurus. Ditemukan pada 35% perempuan, merupakan jenis panggul tipikal golongan kera (*ape type*).

3) Tipe *android*

Bentuk pintu atas panggul seperti segitiga. Diameter transversal terbesar terletak di posterior dekat sakrum. Dinding samping panggul membentuk sudut yang makin sempit ke arah bawah. Bagian belakangnya pendek dan gepeng, bagian depannya menyempit ke depan. Ditemukan pada 15% perempuan, merupakan jenis panggul tipikal pria (*male type*).

4) Tipe *platypelloid*

Bentuk pintu atas panggul seperti "kacang" atau "ginjal". Dinding samping panggul membentuk sudut yang makin lebar ke arah bawah.

c. Ukuran Panggul

Ukuran panggul penting diketahui terutama pada kehamilan pertama, sehingga ramalan terhadap jalannya persalinan dapat ditentukan. Ukuran-ukuran panggul luar yaitu:[17]

1) Distansia spinarum: jarak antara kedua spina iliaka anterior superior (24-26 cm).
2) Distansia kristarum: jarak antara kedua krista iliaka sinistra dekstra (28-30 cm).
3) Konjugata eksterna (distansia boudeloque): diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas simpisis pubis (18-20 cm).
4) Lingkar panggul: jarak antara tepi atas simpisis pubis ke pertengahan antara trokanter dan spinailika anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simpisis pubis (80-90 cm).

Pada panggul ukuran normal, kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesulitan dalam kelahiran. Karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain, ukuran-ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil dari pada standar normal sehingga bisa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam. Panggul yang sempit membuat kala II menjadi lama karena di perlukan waktu untuk turunnya kepala dan untuk moulage. Terutama kelainan pada panggul android dengan pintu atas panggul yang berbentuk segitiga berhubungan dengan penyempitan di depan dengan spina iskiadika

menonjol kedalam dan dengan arkus pubis menyempit. Salah satu jenis panggul ini menimbulkan distosia yang sukar diatasi.[18] Kesempitan panggul menurut dibagi menjadi :[17]

1) Kesempitan pintu atas panggul (konjugata vera ≤ 10 cm / diameter transversa < 12 cm).
2) Kesempitan bidang tengah panggul (jumlah diameter transversa dan diameter sagitalis posterior 13,5 cm, diameter antara spina < 9cm).
3) Kesempitan pintu bawah panggul (jarak antara os ischii ≤ 8 cm, arkus pubis dengan sendirinya akan meruncing).

Kombinasi kesempitan pintu atas panggul, bidang tengah panggul, dan pintu bawah panggul. Pengaruh pada persalinan adalah persalinan menjadi lebih lama dari biasa, menyebabkan kelainan presentasi atau posisi janin, dapat terjadi rupture uteri sedangkan pengaruh pada anak adalah kematian maternal meningkat pada partus lama atau kala II yang lebih dari 1 jam. Panggul sempit atau janin besar, terdapat gangguan daya dorong akibat anestesi regional atau sedasi kuat kala II dapat menjadi sangat lama. Persangkaan panggul sempit diantaranya:[17]

1) Pada primipara kepala anak belum turun setelah minggu ke-36
2) Pada primipara ada perut menggantung
3) Pada multipara persalinan yang dulu-dulu sulit
4) Ada kelainan letak pada hamil tua
5) Terdapat kelainan bentuk badan ibu (cebol, skoliosis, pincang)
6) Osborn positif

d. Epidemiologi

Disproporsi kepala panggul atau *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) umumnya terjadi di negara berkembang dan akibatnya berupa partus macet dan komplikasi persalinannya menjadi salah satu penyebab penting kematian ibu. Kejadian ini lebih sering terjadi di Asia, karena orang-orang Asia cenderung memiliki tinggi badan yang lebih rendah dari orang barat. Hal ini meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD.[15]

e. Faktor Risiko[17]

1) Taksiran berat janin yang besar
2) Tinggi badan ibu <145 cm
3) BMI sebelum kehamilan dan sebelum kelahiran ≥ 25 kg/m^2
4) Kenaikan berat badan selama kehamilan ≥ 16 kg
5) Nullipara
6) Tidak ada pelvimetri yang memadai

f. Faktor Penyebab

1) Faktor Panggul Ibu
   a) Defek nutrisi dan lingkungan
      (1) Defek minor: tepi paggul berbentuk segitiga (android), tepi panggul datar (platipeloid).
      (2) Defek mayor: rakitis, osteomalasia.
   b) Penyakit atau cidera
      (1) Spinal (kifosis, skoliosis, spondilolistesis).
      (2) Pelvik (tumor, fraktur, karies).

(3) Anggota gerak (atrofi, poliomyelitis pada masa kanak-kanak, dislokasi panggul kongenital).

c) Malformasi kongenital

(1) Pelvis naegel dan pelvis robert.

(2) Pelvis asimilasi.

Pintu panggul dapat dikatakan sempit jika diameternya lebih kecil 1-2 cm atau lebih. Kesempitan panggul bisa pada pintu atas panggul, ruang tengah panggul atau pintu bawah panggul, ataupun kombinasi dari ketiganya. Pembagian tingkatan panggul sempit:[17]

a) Tingkat I: CV = 9 – 10 cm = borderline

b) Tingkat II: CV = 8 – 9 cm = relatif

c) Tingkat III: CV = 6 – 8 cm = ekstrim

d) Tingkat IV: CV = 6 cm = mutlak (absolut)

Pembagian tingkatan kesempitan panggul menurut tindakan:[17]

a) CV = 8 – 10 cm = partus percobaan

b) CV = 6 – 8 cm = SC primer

c) CV = 6 cm = SC mutlak (absolut)

d) Inlet dianggap sempit bila CV <10>

2) Faktor Janin

a) Janin Besar

Rata-rata bayi baru lahir dengan usia cukup bulan (37 minggu-42 minggu) berkisar antara 2.500 gram hingga 4.000 gram. Janin besar apabila >4.000 gram. Janin dapat terlahir besar karena beberapa

faktor, yaitu pada ibu dengan diabetes gestational, *post term* atau pascamaturitas, faktor herediter, multiparitas. Janin besar disebut juga makrosomia atau bila lingkar kepala janin 37-40 cm, dan untuk persalinan pervaginam dilakukan pada janin dengan lingkar kepala <37 cm.[15]

b) Malpresentasi Kepala

Sikap janin yang fisiologis adalah badan dalam keadaan kifose dan menghasilkan sikap fleksi. Pada sikap ini akan menghasilkan presentasi belakang kepala. Dengan adanya malpresentasi kepala, seperti presentasi puncak kepala (defleksi ringan), presentasi dahi (defleksi sedang), dan presentasi muka (defleksi maksimum), maka kemungkinan akan menimbukan kemacetan dalam persalinan. Hal ini disebabkan karena kepala tidak dapat masuk pintu panggul karena diameter kepala pada malpresentasi lebih besar dari diameter panggul.[15]

g. Pemeriksaan Adanya *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

Dalam usaha menentukan apakah seorang bayi akan dapat dilahirkan pervaginam tanpa menimbulkan perlukaan pada dirinya maupun pada ibunya, cara-cara pemeriksaan perlu dilaksanakan:[17]

1) Anamnesis

Informasi yang dicari tergantung pada paritas penderita. Kalau ada riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya maka perincian mengenai kehamilan dan persalinan tersebut sangat membantu dalam

menetapkan prognosisnya. Saat anamnesis dapat ditanyakan riwayat persalinan dengan makrosomia atau kontraktur pelvis pada pasien maupun keluarga pasien. Riwayat penyakit seperti diabetes gestasional perlu ditanyakan karena dapat mengakibatkan makrosomia.[16] Riwayat penyakit lain yang dapat mempengaruhi kondisi panggul seperti skoliosis, fraktur pelvis, dan rakitis juga harus ditanyakan karena akan menjadi pertimbangan untuk dilakukan pelvimetri radiologi. Tanyakan juga pada pasien metode persalinan sebelumnya. Pada proses kehamilan, terutama saat usia kehamilan lanjut >36 minggu, PAP yang sempit membuat janin tidak dapat turun, sehingga fundus uteri tetap tinggi dan ibu mengeluhkan sesak, sulit bernapas, rasa penuh di ulu hati, dan perut yang besar membentuk abdomen pendulum (perut gantung).[19] Umumnya pada primigravida dengan panggul normal kepala akan masuk panggul kurang lebih 3 minggu sebelum aterm. Sebaliknya pada presentasi bokong seringkali bokong baru turun setelah dalam persalinan.[19]

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik CPD dapat dilakukan saat antenatal atau melalui pemeriksaan panggul saat inpartu. Pemeriksaan panggul dapat dilakukan dengan pelvimetri klinis baik eksternal maupun internal.[17]

a) Pemeriksaan Antropometri

Selain ukuran panggul yang sempit, kriteria lain yang perlu dinilai

pada antropometri adalah tinggi badan ≤145 cm dapat digunakan untuk mendiagnosis tinggi badan rendah dan berisiko untuk terjadinya partus macet. Ibu terlihat pendek, skoliosis, kifosis, kelainan panggul, dan lain-lain. Pertambahan berat badan ibu >15 kg (biasanya berhubungan dengan ukuran janin yang besar), dan BMI ibu >30.[17]

b) Palpasi

Menentukan bagian terbawah janin, pemeriksaan panggul luar dan dalam. Ketiganya digunakan untuk perhitungan pelvimetri klinik.[17]

c) *Pelvimetri Eksternal*

Pemeriksaan pelvimetri eksternal dilakukan menggunakan instrumen yang disebut Berisky pelvimeter. Pada pelvimetri eksternal dilakukan pengukuran jarak antara krista iliaka, jarak antara spina iliaka anteriorsuperior, jarak intertrokanter, jarak diagonal transversal area Michaelis-sakrum, dan intertuberositas. Di daerah terpencil, di mana pelvimetri radiologi tidak tersedia, pelvimetri eksternal dapat menjadi alternatif yang murah dan mudah digunakan untuk memprediksi risiko distosia akibat CPD.[17]

d) *Pelvimetri Internal*

Pemeriksaan fisik lain untuk memprediksi CPD adalah melalui *pelvimetri internal*. *Pelvimetri internal* dilakukan dengan cara *vaginal toucher* (VT)/pemeriksaan dalam menggunakan jari telunjuk dan tengah untuk mengevaluasi kapasitas panggul, yakni

bagian pintu atas panggul (PAP), ruang tengah panggul (RTP), dan pintu bawah panggul (PBP). Pelvimetri internal berbeda dengan VT biasa yang rutin dikerjakan pada persalinan yang bertujuan mengevaluasi bukaan serviks, kantong amnion, penurunan, dan posisi janin. Menurut WHO, *pelvimetri internal* tidak dianjurkan untuk dilakukan secara rutin pada ibu hamil yang sehat dengan kemajuan persalinan yang normal. *Pelvimetri internal* umumnya dilakukan saat pasien mengalami inpartu. Pemeriksaan ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien. *Pelvimetri internal* dapat digunakan untuk mendapatkan gambaran kualitatif struktur panggul dan mengidentifikasi risiko distosia pada pasien. Hasil pemeriksaan pelvimetri internal yang normal adalah:

(1) Bagian tepi atas tulang panggul bulat
(2) Konjugata diagonalis ≥12,5 cm
(3) Ketebalan simfisis pubis cukup, sejajar dengan sakrum
(4) Sakrum berongga, kelengkukngan cukup
(5) Dinding tepi panggul lurus
(6) Spina ischiadika tumpul
(7) Diameter interspinarum ≥10 cm
(8) Lebar tonjolan sakroskiatik 2,5-3 jari
(9) Sudut suprapubik >90 derajat (lebar 2 jari)
(10) Diameter antara tuberositas >8 cm (sekepalan tangan)
(11) *Coccyx mobile*

(12) Diameter anteroposterior PBP ≥11 cm

h. Komplikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)[16]

1) Komplikasi pada kehamilan

a) Pada kehamilan lanjut inlet yang sempit tidak dapat dimasuki oleh bagian terbawah janin, menyebabkan fundus tetap tinggi, keluhan sesak, sulit bernapas, terasa penuh diulu hati dan perut besar.

b) Bagian terbawah janin masih bisa digoyangkan

c) Perut seperti abdomen pendulus.

d) Dijumpai kesalahan-kesalahan letak.

e) Fiksasi kepala tidak ada bahkan setelah persalinan dimulai.

f) Sering dijumpai tali pusat menumbung

2) Komplikasi pada persalinan

a) Pada ibu

Persalinan akan berlangsung lama, sering dijumpai KPD, karena kepala tidak mau turun dan sering terjadi tali pusat menumbung, sering terjadi inertia uteri sekunder, pada panggul sempit menyeluruh bahkan sering didapati inertia uteri sekunder, partus yang lama akan menyebabkan peregangan segmen bawah rahim dan bila berlarut-larut menyebabkan rupture uteri, dapat terjaddi simfiolisis, partus lama mengakibatkan oedema dan hematoma jalan lahir yang dapat menjadi nekrotik dan terjadilah fistula.[13]

b) Pada bayi

Infeksi intrapartal, kematian janin intrapartal, moulage kepala berlangsung lama, prolaps funipuli, perdarahan intracarnial, caput succedaneum sefalo-hematoma yang besar, robekan pada tentorium selebri dan perdarahan otak karena moulage yang hebat dan lama.[13]

i. Penatalaksanaan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

1) Partus Percobaan

Untuk menilai kemajuan persalinan dan memperoleh bukti ada atau tidaknya disproporsi kepala panggul, dapat dilakukan dengan partus percobaan. Pada panggul sempit berdasarkan pemeriksaaan pada hamil tua diadakan penilaian tentang bentuk serta ukuranukuran panggul dalam semua bidang dan hubungan antara kepala janin dan panggul, dan setelah dicapai kesimpulan bahwa ada harapan bahwa persalinan dapat berlangsung pervaginam dengan selamat, dapat diambil keputusan untuk dilakukan persalinan percobaan. Persalinan ini merupakan suatu tes terhadap kekuatan his dan daya akomodasi, termasuk molase kepala janin.[20]

Partus dikatakan maju apabila partus berjalan fisiologis, terjadi perubahan pada pembukaan serviks, tingkat turunnya kepala, dan posisi kepala (rotasi). Jika tidak terjadi perubahan tersebut maka disebut partus tidak maju. Apabila terjadi kegagalan, partus dihentikan dengan indikasi dan harus dilakukan seksio sesarea.[20]

2) *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina, atau *sectio caesarea* adalah suatu histerotomia melahirkan janin dari dalam rahim.[3] *Sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah hal–hal yang membahayakan nyawa ibu. Panggul sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran yang normal.

Sectio caesarea elektif direncanakan lebih dulu dan dilakukan pada kehamilan cukup bulan karena kesempitan panggul yang cukup berat/absolut atau karena terdapat disproporsi kepala panggul yang cukup nyata. *Sectio caesarea* sekunder dilakukan karena partus percobaan dianggap gagal atau karena timbul indikasi untuk menyelesaikan persalinan selekas mungkin, sedang syarat-syarat untuk persalianan pervaginam tidak atau belum terpenuhi.

Menurut Ramadanty (2019), penatalaksanan *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:[21]

a) Pemberian Cairan Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intra vena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b) Diet Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c) Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semi fowler*), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d) Katerisasi Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 – 48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e) Pemberian Obat-Obatan Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

f) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan Obat yang dapat diberikan melalui supositoria obat yang diberikan

ketopropen 100 mg sup 2x/24 jam, atau dapat diberikan tramadol atau paracetamol 500 mg tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 50 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

g) Obat-obatan lain untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

h) Perawatan luka dapat dilakukan dengan melihat kondisi balutan luka pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

i) Pemeriksaan rutin seperti suhu, tekanan darah, nadi,dan pernafasan.

j) Perawatan Payudara meliputi pemberian ASI dapat dimulai pada hari pertama post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi nyeri.

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) komplikasi pada pasien *Sectio Caesarea* adalah:[22]

a) Komplikasi pada ibu Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berta seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan,bisa timbul pada waktu pembedahan jika

cabang cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa ruptur uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea*.

b) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

c) Komplikasi baru yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* Klasik.

3) Simfisiotomi

Simfisiotomi adalah sebuah operasi untuk memperbesar kapasitas pelvis dengan memotong jaringan ikat tulang pubis di bagian depan pelvis.

4. Persalinan

a. Definisi

Persalinan 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 pada ibu maupun pada janin.[8] Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai

dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progesif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

b. Jenis-jenis

1) Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.[23] Persalinan normal dimulai dengan kala I persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif, dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.[24]

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.[24]

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.[24]

c. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan

persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.[25]

d. Etiologi

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:[17]

1) Penurunan Kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis parst posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung adanya

kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

6) Teori Iritasi Mekanis

Pada area belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah kekuatan (*power*), jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), dan ada dua faktor lain yang juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu faktor posisi dan psikologi.[26]

1) Kekuatan (*power*)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.[25]

2) Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas bagian keras yang terdiri dari tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang terdiri dari uterus, otot dasar panggul dan perineum.[8]

3) Janin, Plasenta dan Air Ketuban (*Passanger*)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, plasenta, letak, sikap, dan posisi janin.

a) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir:

(1) Sikap: Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (*avoid*) kira-kira sesuai dengan kavum uterus.

(2) Letak (situs): Menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbu sejajar disebut letak memanjang, namun bila tegak lurus satu sama lain disebut letak lintang.

(3) Presentasi dan bagian bawah: Presentasi menunjukkan bagian janin yang berada di bagian terbawah jalan lahir.

(4) Posisi dan Penyebutnya: Posisi menujukan hubugan bagian janin tertentu (penyebut, umpamanya ubun-ubun kecil, dagu atau sacrum) dengan bagian kiri, kanan, depan, lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir.[27]

b) Plasenta[25]

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, sehingga ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelaianan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

c) Air ketuban

Air ketuban dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin.[27]

4) Posisi

Ganti posisi secara teratur kala II persalianan karena dapat mempercepat kemajuan persalinan. Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman sesuai dengan keinginannya.

5) Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang

terdekat pada kehidupan ibu.[28] Kehadiran pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan, dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, mempersingkat persalinan, dan menurunkan angka persalinan dengan operasi termasuk bedah besar. Selain itu, kehadiran pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, semangat, dukungan emosional, dan dapat membesarkan hati ibu.

6) Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan dengan memelihara kontak mata seperlunya, memberi rasa nyaman, sentuhan pijatan dan dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan beri berbagai informasi.

7) Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan faktor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan, harus ada sesorang yang menunggui setiap saat, memegang tangannya dan memberikan kenyamanan.

f. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda persalinan sudah dekat[17]

a) *Lightening*

Lightening yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi janin kedalam pelvis minor. Pada minggu ke 36 pada primigravida terjadi

penurunan fundus karena kepala bayi sudah memasuki pintu atas panggul yang disebabkan oleh: Kontraksi *braxton hicks*, ketegangan otot, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat janin kepala kearah bawah.[17]

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering yang disebut his palsu, sifat his palsu yaitu rasa nyeri ringan dibagian bawah, datanganya tidak teratur, tidak ada perubahan serviks, durasinya pendek, tidak bertambah jika beraktivitas.[29]

2) Tanda-tanda persalinan[17]

a) Timbulnya kontraksi uterus

Timbulnya his persalinan dengan sifat-sifat sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, inerval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks, makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.[17]

b) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.[29] Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

c) *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Plak lender disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awak kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai *bloody show*. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam. Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.[30]

d) Ketuban Pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalian (sebelum umur kehamilan 37 minggu) dan terjadi saat sudah memasuki waktunya tetapi dalam 24 jam tidak terjadi persalinan, keadaan tersebut adalah ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.[31]

g. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka.[29]

Kala I dibagi atas 2 fase yaitu:

a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Hal yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu: denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi

diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.

b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), pada fase aktif frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (*primipara*) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (*multipara*).[29] Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:[32]

(1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

(2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

(3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3

menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.[31] Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.[8] Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perenium meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ – 1 jam. Pada saat kala II, pendamping persalinan harus menjaga kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III dimulai sejak bayi bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Partus kala III disebut juga kala uri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.[8] Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. 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.[17]

Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan yaitu: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.[17]

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:[31]

a) Kesadaran ibu, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.

b) Pemeriksaan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat menggangu kontraksi rahim.

c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.

d) Observasi selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.

h. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal adalah gerakan janin menyesuaikan ukuran dirinya dengan ukuran panggul ibu saat kepala melawati panggul yang meliputi gerakan:

1) Engagement

Peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblig di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. penurunan dimulai sebelum inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung antara lain tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong janin, dan kontaksi otot abdomen.

2) Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi

bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu.

3) Rotasi dalam atau putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter antero posretior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil antero postero pintu bawah panggul. Hal ini karena kepala janin tergerak spiral sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45 derajat. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil barada dibawah simpisis.

4) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ektensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir dari pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas.

5) Rotasi luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya keopala janin menyesuaikan kembali dengan sumbuh panjang bahu, sehingga sumbuh panjang bahu dengan sumbuh kepala janin berada pada satu garis lurus.

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah sympisis dan menjadi sumbuh putar untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.[33]

i. Penatalaksanaan

1) Asuhan Persalinan Kala I

a) Dukungan emosional

Dukungan serta anjurkan suami dan anggota keluarga mendampingi ibu selama persalinan dan minta untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

b) Mengatur posisi nyaman

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi dan anjurkan suami atau keluaga untuk mendampingi, seperti berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, merangkak. Beri tahu ibu untuk tidak berbaring telentang lebih 10 menit (posisi ini dapat menimbulkan tekanan uterus dan isinya menekan vena cava inferior yang berakibat turunnnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta dan menyebabkan hipoksia).

c) Memberikan cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu mendapatkan asupan (makanan ringan dan minum) selama persalinan dan kelahiran bayi, karena hal ini akan memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi.

d) Monitoring kemajuan persalinan

Monitoring kemajuan persalinan kala I dilakukan dengan lembar observasi untuk fase laten, sedangkan untuk fase aktif menggunakan partograf. Yang perlu dilakukan pencatatannya adalah:

(1) DJJ, Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, Nadi setiap 30 menit.

(2) Pembukaan servik, penurunan bagian terbawah janin, Tekanan Darah setiap 4 jam.

(3) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

(4) Persiapan Pertolongan (jika sudah masuk fase aktif)

2) Asuhan persalinan kala II

a) Mengenali tanda gejala kala II seperti: Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (doran), tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina (teknus), *Perineum* tampak menonjol (perjol), *Vulva* dan *singter ani* membuka (vulva).

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

(1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan.

(2) Pakai celemek plastik

(3) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan *tissue*/handuk.

(4) Pakai sarung tangan DDT pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam

(5) Masukkan oksitosin kedalam *spuit* (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada *spuit*).

c) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik

(1) Membersihkan vulva dan perineum, mengusap dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.

(2) Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan *amniotomi*).

(3) Periksa DJJ setelah kontraksi/ saat relaksasi *uterus* bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).

d) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Meneran

(1) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan seusuai dengan keinginannya.

(2) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu

ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

(3) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

(4) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu

(5) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai; Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir stelah 120 menit meneran (primigravida) atau 60 menit meneran (multigravida).

e) Membantu Pertolongan Kelahiran Bayi

(1) Jika kepala bayi telah terlihat di vulva 5-6 cm letakkan handuk bersih di atas perut dan letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

(2) Membantu melahirkan kepala dan badan bayi sesuai dengan langkah APN

(3) Setelah bayi lahir, lakukan pemotongan tali pusat dan melakukan pertolongan bayi baru lahir

3) Asuhan Persalinan Kala III

a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir

b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dengan langkah berikut ini:

(1) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, satu tangan ditempatkan di abdomen ibu untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

(2) Bila uterus bekontraksi maka tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

(3) Setelah plasenta lepas anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.

(4) Lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.

(5) Pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.

(6) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

c) Melakukan massase fundus uteri, dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) untuk mencegah perdarahan.

4) Asuhan Persalinan Kala IV

Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua. Tujuan dari pemantauan ini adalah untuk memastikan ibu dan bayi berada dalam kondisi stabil serta mendeteksi dini komplikasi pasca bersalin dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

5. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (Neonatus) bahwa adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.[34] Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.[35] Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.[23]

b. Klasifikasi

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu :[36]

1) Neonatus menurut masa gestasinya

a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)

b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)

c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)

2) Neonatus menurut berat badan lahir

a) Berat lahir rendah: < 2500 gram

b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram

c) Berat lahir lebih: > 4000 gram

3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)

a) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Karakteristik Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37 – 42 minggu, berat badan 2500 – 4000 gram, panjang lahir 48 – 52 cm. lingkar dada 30 – 38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, lingkar lengan 11 – 12 cm, frekuensi denyut jantung 120 – 160 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada

pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang labia mayora menutup labia minora, refleks *rooting* (mencari putting susu) terbentuk dengan baik, refleks *sucking* sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* sudah baik, eliminasi baik, urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.[23]

d. Penatalaksanaan

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).[37] Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

1) Pencegahan Infeksi (PI)

2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:
   a) Apakah kehamilan cukup bulan?
   b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
   c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

   Jika ada jawaban "tidak" kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.[38]
3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

   Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.[37]

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.[38] Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.

5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

6) Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1%). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

7) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorragic disease of the newborn* dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorbsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi.[37] Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir

8) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati

9) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

10) Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI ekslusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini, ASI Ekslusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

6. Asfiksia

a. Definisi

Menurut WHO asfiksia neonatorum adalah kegagalan bayi untuk mulai bernafas segera setelah lahir dan mempertahankannya beberapa saat setelah lahir. Asfiksia Neonatorum merupakan sebuah emergensi neonatal yang dapat mengakibatkan hipoksia (rendahnya suplai oksigen ke otak dan jaringan) dan kemungkinan kerusakan otak atau kematian jika tidak ditangani dengan benar.[39]

b. Penilaian Asfiksia

Menentukan keadaan bayi baru lair dengan nilai Apgar. Menentukan tingkatan bayi baru lahir dengan nilai 0, 1, atau 2 untuk masing-masing dari lima tanda.[40]

Tabel 3. Scoring APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Angka 0	Angka 1	Angka 2
Warna kulit (*Appeareance*)	Tidak ada	Badan merah muda, ekstremitas	Seluruh tubuh berwarna merah muda
Denyut jantung (*Pulse*)	Tidak ada	Di bawah 100	Di atas 100
Refleks terhadap rangsang (*Grimace*)	Tidak ada	Menyeringai	Batuk atau bersin
Tonus otot (*Activity*)	Tidak ada	Fleksi ekstremitas	Gerak aktif
Upaya respirasi (*Respiration*)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: Ilmu Kebidanan: Fisiologi dan Patologi Persalinan

c. Faktor risiko

1) Faktor antepartum

a) Hipertensi dalam kehamilan

b) Perdarahan Antepartum

c) Umur ibu

d) Paritas

2) Faktor janin

a) Berat lahir

b) Prematuritas

3) Faktor intrapartum

a) Jenis Persalinan

b) Ketuban dengan meconium

c) Masalah tali pusat

d) Presentasi janin

e) Ketuban Pecah Dini

7. Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.[34]

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.[41]

Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus. Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antopometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.[42].

c. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.[34]

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.[34] Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.[5]

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari.

4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir , kaki dan tangan pada waku menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanju.[5] Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi

bereaksi terhadap rangsang ddan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.[41]

8. Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.[43]

Masa nifas dibagi dalam beberapa tahap, yaitu:

1) Puerperium dini (*immediate postpartum*)

Puerperium dini merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam atau masa pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokhea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Puerperium intermedial (*early postpartum*)

Puerperium intermedial merupakan suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu. Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam

keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) *Remote puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan Fisiologis Nifas

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah persalinan, kondisi tubuh ibu secara anatomi akan mengalami perubahan, salah satunya adalah kembalinya rahim pada ukuran semula. Proses ini disebut dengan involusi uterus. Ketika involusi berlangsung, pada tempat implantasi plasenta ditemukan banyak pembuluh darah yang terbuka sehingga resiko perdarahan postpartum sangat besar.[44] Bekas luka perlekatan plasenta membutuhkan waktu 8 minggu untuk sembuh sepenuhnya. Selama

1 sampai 2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur.

Tabel 4. Perubahan Bentuk Uterus

Involusi	TFU	Berat uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750
1 minggu (7 hari) postpartum	Pertengahan pusat simpisis	500
2 minggu (14 hari) postpartum	Tidak teraba diatas simpisis	350
6 minggu postpartum	Bertambah kecil	50-60
8 minggu postpartum	Normal	30

b) Lochea

Lochea berasal dari bahasa Latin, artinya adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Tabel 5. Jenis-jenis Lochea

Jenis Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (cruenta)	1-3 hari	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan meconium
Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kekuningan	Berisi darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit
Alba	2-6 minggu	Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal yaitu:

(1) Lochea purulenta, terjadi karena adanya infeksi. Biasanya ditandai dengan keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(2) Locheastasis, lochea yang pengeluarannya tidak lancar

c) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.[45]

d) Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.[28] Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan.

Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.[46] Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar. Dalam penyembuhan luka memiliki fase-fase pada keluhan yang dirasakan ibu pada hari pertama sampai hari ke-3 ini merupakan fase inflamasi, dimana pada fase ini ibu akan merasakan nyeri pada luka jahitan di perineum, hal ini akan terjadi sampai 4 hari postpartum.[47]

e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu *(let down)*. Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let*

down (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.[43]

2) Tanda-tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital diantaranya, yaitu:[48]

a) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal, maka suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga postpartum suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, tractus genetalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg pada systole dan 10 mmHg pada diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

d) Pernafasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa nifas menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

3) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.[49] Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali

lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum.[49]

4) Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.[50]

5) Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.[51]

6) Sistem Perkemihan

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air mengalami penurunan mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi, kembali normal dalam 6 minggu. Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari nifas.[51]

7) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang

dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dibantu dengan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari postpartum.[50]

8) Sistem Endokrin

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak

menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

c) Estrogen dan progesterone

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

d) Hormon plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam-hari ke 7 postpartum. Enzim insulinasi berlawanan efek diabetogenik pada saat enurunan hormon *Human Placenta Lactogen* (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan

dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

e) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara pogresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

c. Perubahan Psikologis Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan

penyesuian diri. Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:[52]

1) Masa *Taking In*

   Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

2) Masa *Taking On*

   Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

3) Masa *Letting Go*

   Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

d. Asuhan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehanilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksanakanya asuhan segera atau rutin pada ibu postpartum termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnose, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan.[43] Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut:[53]

1) Kunjungan I (6 -8 jam *postpartum*)
   a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
   b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
   c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
   d) Pemberian ASI awal.
   e) Mengajarkan cara mempererat hubungan ibu dan bayi baru lahir.
   f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

2) Kunjungan II (6 hari *postpartum*)

a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.

b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi dan perdarahan.

c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat

d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit

e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

3) Kunjungan III (2 minggu *postpartum*)

Asuhan pada 2 minggu *postpartum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari *postpartum*.

4) Kunjungan IV (6 minggu *postpartum*)

a) Menanyakan penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.

b) Memberikan konseling KB secara dini

c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

e. Penatalaksanaan Nifas

1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

2) Mengajarkan ibu cara mengurangi ketidaknyamanan masa nifas

3) Demonstrasi pada ibu cara menilai kontraksi dan masase uterus

4) Memberitahu ibu tanda bahaya pada masa nifas

5) Bantu ibu melakukan mobilisasi dini secara bertahap

6) Mengingatkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB
7) Memberi ibu KIE mengenai istirahat
8) Memberi KIE mengenai nutrisi ibu nifas
9) Memberi KIE mengenai personal hygiene
10) Memberi KIE ASI Ekslusif dan teknik menyusui yang benar
11) Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan, diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya.

9. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.[54] Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan, kemudian untuk mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas, dan mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.[55]

b. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara

langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.[55]

Sedangkan sasaran strategis BKKBN tahun 2015-2019 yang tertera pada Renstra BKKBN 2015-2019 adalah sebagai berikut:[56]

a. Menurunnya Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP)
b. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun)
c. Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR)
d. Menurunnya *unmet need*
e. Menurunnya angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun
f. Menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS

c. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan atau mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan sel telur yang matang dengan sperma yang menakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.[57]

d. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.[58]

e. Macam-macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki tingkat keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, sengggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

2) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorhoe Laktasi (MAL), Couitus Interuptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.[59]

3) Metode kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormone progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.[59]

4) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormone. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Leuonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Leuonorgestrel.[59]

5) Metode Kontrasepsi Mantap

a) Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, penyumbatan tuba falopi secara mekanis dan penyumbatan tuba falopi secara kimiawi, serta Medis Operatif Wanita (MOW). MOW dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma.

b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP) atau vasektomi yaitu penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara

kimiawi sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.[59,57]

f. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program Keluarga Berencana

1) Fase menunda/mencegah kehamilan

Pada PUS dengan istri umur kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena berbagai alasan. Untuk itu perlu penggunaan kontrasepsi untuk mencegah adanya kehamilan yang tidak direncanakan. Adapun syarat alat kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini adalah reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini akseptor belum mempunyai anak; efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah pil, IUD mini, dan kontrasepsi sederhana.[54]

2) Fase menjarangkan kehamilan

Periode umur istri antara 20-35 tahun merupakan periode umur paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan makanan

terbaik untuk anak sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah IUD, suntik, pil, implant, dan kontrasepsi sederhana.[54]

3) Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari 2 orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai untuk jangka panjanag; tidak menambah kelainan yang sudah/mungkin ada karena pada masa 14 umur ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan dan metabolik meningkat. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntikan, sederhana, dan pil.[54]