

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

a. Asuhan pada tanggal 23 Februari 2026

Pertemuan pertama dengan ibu hamil pada hari Senin, 23 Februari 2026 pukul 09.00 WIB di Puskesmas Ponjong II. Hasil pengkajian Ny. E mengatakan tidak ada keluhan dan ini merupakan pernikahan pertama dengan Tn. A, dan suami mengatakan ini juga pernikahan pertama. Ny. E mengatakan menikah saat usia 22 tahun, dengan suami sekarang sudah 1 tahun. Ny. E mengatakan menarche saat usia 12 tahun, siklus menstruasi 28 hari, teratur, lamanya 6-7 hari, banyaknya ganti pembalut 3-4 kali/hari, tidak mengalami dismenhore dan keputihan. Ny. E mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya. Ny. E mengatakan HPHT tanggal 12-6-2025 dan HPL tanggal 19-03-2026, usia kehamilan saat ini 36 minggu 4 hari.

Pada riwayat obstetrik, Ny. E mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama dan tidak pernah mengalami keguguran. Pada riwayat KB, Ny. E mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun. Ny. E mengatakan kehamilan ini merupakan kehamilan yang dinantikan. Riwayat kesehatan Ny. E dahulu dan sekarang tidak mempunyai sakit menurun, menahun, dan menular, serta tidak memiliki keturunan kembar. Ny. E tidak memiliki alergi terhadap obat ataupun makanan tertentu. Pemenuhan sehari-hari dan personal hygiene Ny. E baik dan tidak ada keluhan. Untuk aktivitas sehari-hari, Ny. E mengatakan setiap harinya melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu dan memasak. Ny. E mengatakan tidak pernah minum alkohol atau jamu-jamuan selama kehamilan.

Hasil pemeriksaan didapatkan bahwa keadaan umum ibu baik dan kesadaran ibu composmentis. Pada pemeriksaan vital sign

didapatkan hasil TD: 119/82 mmHg, N: 88 kali/menit, S: 36,5⁰C, BB sebelum hamil 56 kg, BB sekarang: 64 kg, TB: 144 cm, Lila: 27 cm. Pemeriksaan fisik Ny. E dalam batas normal. Pada pemeriksaan leopold, didapatkan hasil pada leopold I teraba bokong janin dengan TFU pertengahan pusat dan px, pada leopold II bagian perut sebelah kanan teraba ekstremitas janin, perut sebelah kiri teraba punggung janin, pada leopold III teraba kepala janin dan masih dapat digoyangkan, pada leopold IV didapatkan kepala janin belum masuk PAP (konvergen). TFU McDonald 32 cm (TBJ 3.100 gr), DJJ: 147 kali/menit, teratur. Ekstremitas atas dan bawah normal, tidak terdapat oedema. Hasil pemeriksaan penunjang trimester I, Hb: 13,5 g/dL, GDs 98 mg/dL, golongan darah O, rhesus (+), HIV Non Reaktif, Sifilis Non Reaktif, dan HbsAg Non Reaktif. Riwayat pemeriksaan penunjang trimester II, Hb 13,5 g/dL, protein urin negatif. Riwayat pemeriksaan penunjang trimester III, Hb 14,1 g/dL, protein urin negatif. Pasien diberikan terapi Fe 30 tablet 1x1 dan kalk 1x1. Berdasarkan hasil pemeriksaan, disampaikan kepada ibu bahwa terdapat kecurigaan disproporsi kepala panggul, ditandai dengan kepala janin yang belum masuk pintu atas panggul (PAP) pada usia kehamilan 36 minggu pada primigravida. Oleh karena itu, ibu dianjurkan untuk dilakukan rujukan guna mendapatkan penanganan lebih lanjut. Rujukan dapat difasilitasi melalui Puskesmas Ponjong II sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai kepesertaan BPJS. Ny. E memahami penjelasan yang diberikan dan memutuskan untuk dirujuk ke RSUD Wonosari dengan pertimbangan kemudahan dalam penggunaan jaminan kesehatan.

b. Asuhan pada tanggal 02 Maret 2026

Kontak kedua dengan ibu hamil dilakukan pada hari Senin 02 Maret 2026. Catatan perkembangan I (berdasarkan hasil anamnesis dan catatan pada buku KIA Ny. E) pada hari sabtu , 28 Februari 2026, Ny. E datang ke RSUD Wonosari untuk menindaklanjuti rujukan dari faskes I Puskesmas Ponjong II. Hasil pemeriksaan didapatkan BB: 65 kg, TD 116/69 mmHg, N:85 kali/menit, S: 36,5⁰C, usia kehamilan berdasarkan

USG 37 minggu, presentasi kepala punggung kiri, kepala belum masuk panggul, TBJ: 3200 gram, AK cukup. Melalui wawancara ibu mengatakan bahwa saat ini terdapat keluhan sering sesek saat dipakai tidur terlentang, tangan kesemutan, dan ibu juga menyampaikan hasil pemeriksaan Hb di rumah sakit terakhir 12,6 gr/dl Ny. E menanyakan apakah hasil pemeriksaan tersebut normal atau tidak.

Diberikan KIE pada ibu terkait ketidaknyaman pada kehamilan trimester III di salah satunya yaitu rasa sesek yang ibu rasakan diakibatkan ukuran janin yang semakin besar sehingga menekan rongga pernapasan ibu, untuk mengatasi masalah tersebut ibu disarankan agar mengurangi tidur dengan posisi terlentang, ibu dianjurkan untuk tidur miring ke kiri sebagai posisi terbaik bagi ibu hamil. Untuk mengatasi tangan yang kesemutan ibu diminta untuk memijat tangannya atau dengan senam peregangan tangan. Caranya dengan meluruskan tangan ke depan dengan telapak menghadap ke atas. Kemudian dengan dibantu tangan yang satu, pegang keempat jari dan tekuk pergelangan sampai ujung jari menghadap ke bawah, tahan posisi peregangan ini 15 – 30 detik, kemudian ulangi 2 – 4 kali. Disampaikan juga kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan Hb ibu normal, untuk ibu hamil trimester 3 Hb normal di atas 11 gr/dl.

c. Asuhan pada tanggal 11 Maret 2026 (melalui *WhatsApp*)

Ibu mengatakan akan berangkat ke RSUD Wonosari dan rencana SC hari Kamis 12 Maret 2026 jam 08.00 wib sesuai jadwal yang diberikan oleh dokter, beliau mengatakan tidak ada keluhan kencing-kencing dan juga belum ada pengeluaran lendir darah. Bidan memberikan dukungan mental dan spiritual kepada ibu, diminta untuk selalu berdoa agar diberikan kelancaran saat proses persalinan. Dipastikan juga bahwa ibu sudah membawa semua perlengkapan dan keperluan untuk persalinan. Setelah melakukan pendaftaran dan menandatangani informed consent Ny. E diantar ke kamar inap kemudian disampaikan tentang tindakan yang akan diberikan, Ny. E dianjurkan untuk berpuasa mulai nanti malam jam 00.00 WIB

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Sesuai jadwal yang telah diberikan dokter, Ny. E direncanakan dilakukan tindakan Sectio Caesarea (SC) pada tanggal 12 Maret 2026 saat usia kehamilan 39 minggu. Pada tanggal 12 Maret 2026 pukul 06.00 WIB dilakukan pemasangan infus dan kateter sebagai tindakan persiapan operasi SC. Selain pemasangan infus dan kateter, dilakukan juga skintest antibiotik secara intrakutan untuk mengetahui apakah pasien memiliki alergi terhadap antibiotik yang akan digunakan atau tidak. Dalam waktu 10 menit setelah penyuntikan tidak ditemukan tanda-tanda alergi seperti kulit kemerahan, rasa panas, maupun gatal sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien dapat menggunakan antibiotik tersebut. Sebelum memasuki ruang operasi pada pukul 06.30 WIB pasien dibantu mengganti pakaian dengan pakaian operasi serta menyiapkan keperluan persalinan seperti baju bayi dan kendil untuk tempat plasenta.

Sebelum tindakan operasi dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi untuk memastikan kondisi ibu dalam keadaan stabil. Pasien juga diberikan penjelasan mengenai prosedur operasi, jenis anestesi yang akan digunakan, serta kemungkinan tindakan yang dilakukan selama operasi berlangsung sehingga pasien dan keluarga dapat memahami prosedur yang akan dijalani. Selanjutnya pasien dipindahkan ke ruang operasi dan dilakukan pemasangan alat monitoring untuk memantau kondisi ibu selama tindakan berlangsung. Tindakan anestesi spinal diberikan oleh dokter anestesi, kemudian dilakukan pembersihan area operasi menggunakan cairan antiseptik dan pemasangan duk steril untuk menjaga prinsip sterilitas.

Selama proses operasi kondisi ibu terpantau stabil, perdarahan dalam batas normal, dan tidak ditemukan komplikasi selama tindakan berlangsung. Bayi lahir pada pukul 08.16 WIB dengan jenis kelamin perempuan, segera menangis kuat, tonus otot aktif, dan warna kulit kemerahan. Setelah bayi lahir dilakukan pengeringan, penilaian awal bayi baru lahir, serta inisiasi kontak awal antara ibu dan bayi sesuai kondisi ibu. Plasenta lahir lengkap dan dilakukan penjahitan luka operasi lapis demi

lapis dengan teknik steril. Setelah operasi selesai pasien dipindahkan ke ruang pemulihan untuk observasi kondisi umum, tanda-tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, serta efek anestesi.

Selama perawatan di rumah sakit pasien mendapatkan terapi cairan infus, antibiotik, analgetik, dan pemantauan luka operasi secara berkala. Kateter urin dipantau jumlah dan warna urinnnya untuk menilai fungsi eliminasi pasien. Ibu dianjurkan melakukan mobilisasi dini secara bertahap untuk membantu memperlancar peredaran darah dan mempercepat pemulihan pasca operasi. Selain itu diberikan edukasi mengenai perawatan luka operasi, pemenuhan nutrisi tinggi protein, personal hygiene, tanda bahaya masa nifas, serta dukungan pemberian ASI secara dini agar proses pemulihan ibu berlangsung optimal.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir (12 Maret 2026 melalui *WhatsApp*)

Bayi Ny. E lahir pada tanggal 12 Maret 2026 pukul 08.16 WIB secara Sectio Caesarea (SC). Bayi lahir segera menangis kuat, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan, dan jenis kelamin perempuan. Penatalaksanaan yang dilakukan di rumah sakit pada By. Ny. E yaitu melakukan penilaian awal bayi baru lahir meliputi pernapasan, denyut jantung, tonus otot, refleks, dan warna kulit. Setelah diketahui bahwa bayi tidak mengalami asfiksia sedang maupun berat, maka dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD). Setelah pelaksanaan IMD dilakukan pengukuran antropometri, pemberian salep mata tetrasiklin, penyuntikan vitamin K.

Diketahui berat badan lahir bayi 3000 gram, panjang badan 49 cm, dan lingkar kepala 34 cm sehingga ditegakkan diagnosis By. Ny. E usia 1 jam cukup bulan sesuai masa kehamilan, normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan menganjurkan ibu untuk selalu menjaga bayinya agar tetap hangat. Keesokan harinya pada tanggal 13 Maret 2026 pukul 07.00 WIB bayi dimandikan dan diberikan imunisasi HB 0. Selain itu dilakukan skrining Penyakit Jantung Bawaan Kritis (PJB) menggunakan pulse oximetry untuk mendeteksi kemungkinan kelainan jantung bawaan sejak dini. Hasil pemeriksaan menunjukkan

saturasi oksigen dalam batas normal sehingga tidak ditemukan tanda adanya PJB. Bayi juga dilakukan pengambilan sampel darah kapiler melalui tumit kaki untuk pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) dan pemeriksaan defisiensi enzim G6PD sebagai upaya deteksi dini gangguan metabolik dan kelainan bawaan pada bayi baru lahir. Setelah tindakan dilakukan, bayi tetap dalam keadaan stabil, menyusu kuat, dan mendapatkan observasi rutin selama perawatan di rumah sakit.

3. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas (kunjungan rumah pada 19 Maret 2026)

Pengkajian pada tanggal 19 Maret 2026. Ibu mengatakan menyusui secara rutin 2-3 jam sekali, durasi menyusui 10-15 menit. Ibu mengatakan sudah kontrol jahitan dua hari setelah operasi SC (14 Maret 2026) saat saat sebelum pulang dari rawat inap di RSUD Wonosari, jahitan masih sedikit basah, ASI lancar, ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar. Hasil pemeriksaan menunjukkan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, TFU pertengahan symfisis dan pusat, lochea sanguinolenta, tidak ada tanda-tanda infeksi. Berdasarkan pengkajian data diperoleh diagnosis Ny. E usia 23 tahun P1Ab0Ah1 nifas hari ke-7 normal.

Memberikan KIE tentang nutrisi ibu nifas, ibu dianjurkan untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti putih telur agar luka jahitan cepat kering dan sembuh, pola istirahat, personal hygiene, ASI eksklusif, perawatan bayi, tanda bahaya masa nifas, dan memberikan KIE pada ibu untuk mulai merencanakan pemilihan metode KB.

4. Asuhan Kebidanan pada Neonatus (kunjungan rumah pada 19 Maret 2026)

Hasil pemeriksaan menunjukkan adanya warna kekuningan pada daerah kulit kepala dan leher bayi Ny. E. Berdasarkan klasifikasi Kramer, kondisi tersebut termasuk ikterus derajat I yang umumnya masih dalam batas fisiologis. Penatalaksanaan yang diberikan berupa komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu untuk meningkatkan frekuensi pemberian ASI secara *on demand* (8–12 kali per hari) guna membantu proses eliminasi bilirubin melalui feses dan urin. Selain itu, ibu dianjurkan

untuk memantau tanda bahaya seperti kuning yang meluas hingga tubuh bagian bawah, bayi tampak lemas, atau malas menyusu, supaya segera memeriksakan bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat apabila ditemukan tanda-tanda tersebut.

Pengkajian pada Bayi Ny. E dilakukan secara lengkap pada KN I, KN II dan KN III. Hasil pemeriksaan pada usia bayi 1 jam diketahui bahwa jenis kelamin perempuan, berat lahir bayi 3000 gram, panjang badan 49 cm, dan lingkar kepala 34 cm. Berat badan Bayi Ny. E mengalami penurunan pada hari ke-5 yaitu menjadi 2980 gram. Pada hari ke-28 berat badan Bayi Ny. E kembali mengalami peningkatan yaitu 4000 gram

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Ny. E datang ke Puskesmas Ponjong II pada tanggal 02 April 2026, ibu mengatakan sudah sepakat dengan suami untuk menggunakan KB implant. Setelah dilakukan pengkajian data subjektif dan objektif menunjukkan hasil yang normal, tidak ada kontra indikasi untuk pemasangan implant. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom. Keadaan umum baik, kesadaran Composmentis, Tekanan Darah 109/65 mmhg, Nadi 82x/menit, Suhu 36,7⁰C, Respirasi 20x/menit dan tidak ada benjolan mencurigakan pada bagian payudara maupun ketiak. Berdasarkan pengkajian data, dapat ditegakkan diagnosis Ny. E usia 23 tahun P1Ab0Ah1 akseptor baru KB Implant. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa saat ini keadaan ibu baik dan bisa dilakukan pemasangan Implant. Menjelaskan kepada ibu tentang definisi, cara kerja, keuntungan dan efek samping dari pemakaian kontrasepsi implant.

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.³ 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 tiga 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.³ 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.⁴

2. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal

akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau sembilan bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga selama 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).⁵

b. Kehamilan dengan Risiko

1) Definisi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi. Kehamilan dengan risiko merupakan keadaan ibu hamil yang dapat menyebabkan bahaya kemungkinan terjadinya komplikasi bahkan kematian pada ibu dan janin.

2) Klasifikasi

a) Kehamilan risiko rendah

Kehamilan berisiko rendah sama dengan keadaan normal. Ibu hamil dengan kondisi kesehatan dalam keadaan baik dan tidak memiliki faktor-faktor risiko hamil berdasarkan klasifikasi risiko tinggi dan sangat tinggi, baik dirinya maupun janin yang dikandungnya.

b) Kehamilan risiko tinggi

Kehamilan berisiko tinggi yakni ibu hamil yang memiliki satu atau lebih dari suatu faktor risiko tingkat tinggi, misalnya ibu yang usia <17 tahun atau ≥ 35 tahun, tinggi badan <145 cm dan lain-lain. Faktor ini dianggap nantinya akan mempengaruhi kondisi ibu dan janin, serta memungkinkan terjadinya penyulit pada waktu persalinan. Kehamilan berisiko tinggi pada ibu hamil yang tidak langsung dapat menimbulkan kematian pada ibu antara lain kehamilan yang masuk kedalam kategori 4T (terlalu

muda, terlalu tua, terlalu dekat, terlalu banyak) dan kehamilan lebih bulan.

c) Kehamilan berisiko sangat tinggi

Kehamilan berisiko sangat tinggi merupakan ibu hamil yang memiliki satu atau lebih dari satu faktor-faktor risiko tinggi, antara lain adanya anemia pada ibu hamil. Faktor risiko ini dianggap akan menimbulkan komplikasi dan mengancam keselamatan ibu dan janin baik pada saat hamil maupun persalinan kehamilan resiko tinggi dapat menyebabkan kematian ibu dan janin, keguguran, persalinan prematur, kelahiran dengan berat badan rendah, dan penyakit janin.

3) Faktor-faktor

Beberapa faktor kehamilan dengan risiko berdasarkan keadaan ibu hamil yang termasuk kelompok 1 pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) sehingga dapat dideteksi sendiri oleh ibu hamil, yaitu:

- a) Primigravida dengan usia <17 tahun atau ≥ 35 tahun. Kesehatan reproduksi pada umur kurang dari 17 semua alat reproduksi masih belum sempurna, dan pada usia ≥ 35 tahun terjadi degeneratif sel. Pada umur berisiko yaitu <17 dan ≥ 35 tahun akan meningkatkan 3.120 kali terjadinya komplikasi dalam kehamilan. Tanda bahaya sering pada usia reproduksi, karena perencanaan kehamilan dan persalinan saat ini pada usia yang dianjurkan untuk hamil dan bersalin yaitu usia <17 dan ≥ 35 tahun.
- b) Lama perkawinan ibu 3 tahun dan mengalami kehamilan pertama setelah masa pernikahan dan pasangan tidak menggunakan alat kontrasepsi KB.
- c) Ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya adalah > 10 tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Kehamilan dapat terjadi pada ibu yang mempunyai riwayat anak pertama mati atau

ibu yang mempunyai anak terkecil hidup berumur 10 tahun, serta pada ibu yang tidak menggunakan KB.

- d) Anak terkecil ≤ 2 tahun, ibu yang mempunyai anak pertama terkecil ≤ 2 tahun namun tersebut telah mengalami kehamilan berikutnya. Jarak kehamilan ≤ 2 tahun kondisi rahim belum kembali seperti semula selain itu ibu masih dalam proses menyusui. Komplikasi yang mungkin terjadi yaitu perdarahan setelah bayi lahir, bayi lahir namun belum cukup umur sehingga menyebabkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR) < 2.500 . Jarak kehamilan ≤ 2 tahun dan ≥ 5 tahun mempunyai kemungkinan 1,25 kali mengalami komplikasi persalinan, ibu hamil yang pemeriksaan kehamilannya kurang kemungkinan mengalami 0,396 kali komplikasi pada saat persalinan, ibu dengan deteksi dini kehamilan risiko tinggi kategori kurang kemungkinan 0,057 kali mengalami komplikasi persalinan. pada jarak kehamilan kurang dari dua tahun menyebabkan hemodilusi yang berulang sehingga risiko perdarahan meningkat, persalinan dengan jarak < 2 tahun hemodilusi diakibatkan karena terjadinya peningkatan kadar plasma pada ibu hamil sehingga terjadi penurunan hemoglobin.
- e) Anak > 4 yang merupakan risiko karena pada grande multipara akan menyebabkan risiko perdarahan dan partus lama.
Peregangan pada uterus akibat dari gangguan fungsi miometrium pada tempat implantasi plasenta. Pada grande multipara akan meningkatkan risiko 2 kali pada terjadinya perdarahan akibat atonia uteri.
- f) Tinggi badan < 145 cm diperkirakan akan menyebabkan kesempitan pada panggul, karena CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) pada ibu dengan tinggi badan < 145 cm akan menyebabkan sectio caesarea dengan OR: 1.93.
- g) Usia ibu hamil 35 tahun atau lebih. Ibu hamil pada usia ini dapat mengalami komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD),

hipertensi, partus lama, partus macet dan perdarahan postpartum. Komplikasi tersebut mungkin dialami oleh ibu hamil pada usia tersebut dikarenakan organ jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit. Kejadian kehamilan risiko tinggi dipengaruhi oleh umur dan paritas. Kehamilan risiko tinggi mayoritas berumur ≥ 35 tahun dan terjadi pada grandemultipara. Menurut hasil penelitian di Kota Yogyakarta faktor risiko ibu hamil di adalah anemia (33.1%), usia yang terlalu muda dan tua (24.7%), Lila <23.5 (21.7%), grande multigravida (9%), tinggi badan kurang dari 145 cm (7.2%), riwayat abortus lebih dari sekali (4.2%).

- h) Ibu hamil dengan riwayat obstetri jelek dengan kondisi: Ibu hamil kedua dimana kehamilan pertama mengalami keguguran, meninggal di dalam kandungan, lahir dalam keadaan belum cukup umur, lahir mati, dan lahir hidup kemudian mati pada usia ≤ 7 hari, kehamilan sebelumnya pernah keguguran sebanyak ≥ 2 kali.
- i) Persalinan yang lalu dengan tindakan persalinan ditolong oleh alat bantu seperti: cunam/forcep/vakum, uri manual (manual plasenta), pemberian infus / transfusi pada saat proses persalinan dan operasi sectio caesarea pada persalinan.

**Kartu Skor Poedji Rochjati
Perencanaan Persalinan Aman**

I	II	III	IV				
KEL	NO	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Tnwulan			
FR				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥35 Tahun	4				
	3	Terlalu lambat hamil I kawin ≥4 Tahun	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi ≥10 Tahun	4				
	5	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	6	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	7	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	8	Terlalu pendek ≥145 cm	4				
	9	Pernah gagal kehamilan	4				
	10	Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum b. un dirogo c. diberi infus/transfusi	4				
II	11	Penyakit pada ibu hamil Kurang Darah b. Malaria, TBC Paru d. Payah Jantung	4				
	12	Kencing Manis (Diabetes)	4				
	13	Penyakit Menular Seksual	4				
	14	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	15	Hamil kembar	4				
	16	Hydramnion	4				
	17	Bayi mati dalam kandungan	4				
	18	Kehamilan lebih bulan	4				
	19	Letak sungsang	8				
	20	Letak Lintang	8				
III	21	Pendarahan dalam kehamilan itu	8				
	22	Pre eklampsia/kejang kejang	8				
JUMLAH SKOR							

Perencanaan Persalinan Aman - Rujukan Terencana

KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RESIKO				
JML	STATUS	PERAWA	RUJUK	TEMPAT	PENO	RUJUKAN		
SKOR	KHMLN	TAN	AN		LONG	RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TDK	POLIN	BIDAN			
			DRUJUK	DES				
6-10	KRT	BIDAN	DRUJUK	PKM/RS	BIDAN	✓	✓	✓
		DOKTER	PKM/RS		DOKTER			
≥ 13	KRET	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	✓	✓	✓

Gambar 1 Kartu Skor Poedji Rochjati

c. Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester III^{6,7,8}

1) Sistem Respirasi

Kehamilan mempengaruhi sistem pernapasan pada volume paru-paru dan ventilasi. Perubahan fisiologi sistem pernapasan selama kehamilan diperlukan untuk memenuhi peningkatan metabolisme dan kebutuhan oksigen bagi tubuh dan janin. Perubahan tersebut terjadi karena pengaruh hormonal dan biokimia. Relaksasi otot dan kartilago toraks menjadikan bentuk dada berubah. Diafragma menjadi lebih naik sampai 4 cm dan diameter melintang dada menjadi 2 cm. Kapasitas inspirasi meningkat progresif selama kehamilan volume tidal meningkat sampai 40%.

2) Sistem Endokrin

Trimester III hormon oksitosin mulai meningkat sehingga menyebabkan ibu mengalami kontraksi. Oksitosin merupakan salah satu hormon yang sangat diperlukan dalam persalinan dan dapat merangsang kontraksi uterus ibu. Selain hormon oksitosin ada hormon prolaktin juga meningkat 10 kali lipat saat kehamilan aterm.

3) Sistem Muskuloskeletal
Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan, karena akibat pembesaran uterus ke posisi depan, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah tungkai. Hal ini menyebabkan tidak nyaman pada bagian punggung terutama pada akhir kehamilan sehingga perlu posisi relaksasi miring kiri.

4) Sistem Perkemihan

Hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan ureter membesar, tonus otot saluran kemih menurun. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi glomerulus meningkat sampai 69 %. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus yang terjadi pada trimester III, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun namun hal ini dianggap normal.

5) Sistem Kardiovaskuler

Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25 % dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti curah jantung (cardiac output) yang meningkat sebanyak kurang lebih 30%. Nadi dan tekanan darah. Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester kedua dan naik lagi seperti pada pra hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal. Pada ekstremitas atas dan bawah cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 84 kali permenit.

6) Uterus

Perubahan uterus mulai menekan ke arah tulang belakang, menekan vena kava dan aorta sehingga aliran darah tertekan. Pada akhir kehamilan sering terjadi kontraksi uterus yang disebut his palsu

(braxton hicks). Isthmus uteri menjadi bagian korpus dan berkembang menjadi segmen bawah rahim yang lebih lebar dan tipis, servik menjadi lunak sekali dan lebih mudah dimasuki dengan satu jari pada akhir kehamilan. Uterus yang semula hanya berukuran sebesar jempol atau seberat 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram di akhir masa kehamilan. Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi sehingga dapat menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran janin karena pertumbuhan janin.

7) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatotropin. Kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara akan membesar, berwarna kehitaman, dan tegak.

8) Kenaikan Berat Badan

Peningkatan berat badan pada trimester III merupakan petunjuk penting tentang perkembangan janin. Keperluan penambahan berat badan semua ibu hamil tidak sama tetapi harus melihat dari BMI atau IMT sebelum hamil. IMT merupakan proporsi standar berat badan (BB) terhadap tinggi badan (TB). IMT perlu diketahui untuk menilai status gizi catin dalam kaitannya dengan persiapan kehamilan. Jika perempuan atau catin mempunyai status gizi kurang ingin hamil, sebaiknya menunda kehamilan, untuk dilakukan intervensi perbaikan gizi sampai status gizinya baik. Ibu hamil dengan kekurangan gizi memiliki risiko yang dapat membahayakan ibu dan janin, antara lain anemia pada ibu dan janin, risiko perdarahan saat melahirkan, BBLR, mudah terkena penyakit infeksi, risiko keguguran, bayi lahir mati, serta cacat bawaan pada janin.

d. Ketidaknyamanan Kehamilan pada Trimester III⁷

1) Bengkak pada kaki

Hal ini terjadi akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah, hal ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar. Dapat diatasi dengan cara menghindari menggunakan pakaian ketat, mengonsumsi makanan yang berkadar garam tinggi sangat tidak dianjurkan. Saat bekerja atau istirahat hindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama. Saat istirahat, naikkan tungkai selama 20 menit berulang-ulang. Sebaiknya ibu hamil makan-makanan tinggi protein.

2) Sering Buang Air Kecil

Sering buang air (BAK) sering disebabkan oleh karena uterus membesar, yang disebabkan karena terjadi penurunan bagian bawah janin sehingga menekan kandung kemih. Ibu hamil dilarang untuk menahan BAK, upayakan untuk mengosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi. Apabila BAK pada malam hari tidak mengganggu tidur maka tidak dianjurkan mengurangi minum di malam hari, tetapi bila ya, batasi minum setelah makan malam, di samping itu ibu hamil harus membatasi minum yang mengandung diuretic seperti teh, kopi, cola dengan caffeine.

3) Sesak nafas

Sesak nafas ini biasanya mulai terjadi pada awal trimester II sampai pada akhir kehamilan. Keadaan ini disebabkan oleh pembesaran uterus dan pergeseran organ–organ abdomen, pembesaran uterus membuat pergeseran diafragma naik sekitar 4 cm. Peningkatan hormon progesterone membuat hiperventilasi.

4) Sakit punggung dan pinggang

Sakit punggung dan pinggang pada ibu hamil terjadi pada ibu hamil trimester II dan III, dapat disebabkan karena pembesaran payudara yang dapat berakibat pada ketegangan otot, dan kelelahan. Posisi tubuh membungkuk ketika mengangkat barang dapat merangsang sakit punggung, hal ini berkaitan dengan kadar hormon yang

meningkat menyebabkan cartilage pada sendi besar menjadi lembek, di samping itu posisi tulang belakang hiperlordosis.

5) Konstipasi dan sembelit

Konstipasi atau sembelit selama kehamilan terjadi karena peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, konstipasi juga dipengaruhi karena perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga uterus menekan daerah perut. Cara mengatasi konstipasi atau sembelit adalah minum air putih yang cukup minimal 6-8 gelas/ hari, makanlah makanan yang berserat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan, lakukanlah olahraga ringan secara teratur seperti berjalan, segera konsultasikan ke dokter/ bidan apabila konstipasi atau sembelit tetap terjadi setelah menjalankan cara-cara di atas.

6) Nyeri pinggang

Nyeri pinggang merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan- perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan ini antara lain postur tubuh yang baik, mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban, hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat, gunakan sepatu bertumit rendah, kompres, kompres es pada punggung, pijatan/ usapan pada punggung, untuk istirahat atau tidur; gunakan kasur yang menyokong atau gunakan bantal di bawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan.

7) Sakit kepala

Sakit kepala terjadi akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan. Selain itu, tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah. Cara meringankan: teknik relaksasi, memassase leher dan

otot bahu, penggunaan kompres panas/es pada leher, istirahat, dan mandi air hangat.

e. Pemeriksaan dan Pengawasan Ibu Hamil

1) Pengertian *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal Care/ANC sering disebut dengan perawatan kehamilan. Kehamilan adalah proses pemeliharaan janin dalam kandungan yang disebabkan pembuahan sel telur oleh sel sperma. Dalam proses kehamilan terdapat mata rantai yang saling berkesinambungan, terdiri dari mulai ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada rahim, pembentukan plasenta, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai kehamilan matur atau aterm.⁹

2) Tujuan *Antenatal Care*

Tujuan Asuhan kehamilan pada kunjungan awal yaitu:¹⁰

- a) Mengumpulkan informasi mengenai ibu hamil yang dapat membantu bidan dalam membangun membina hubungan yang baik saling percaya antara ibu dan bidan.
- b) Mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi.
- c) Menggunakan data untuk menghitung usia kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan.
- d) Merencanakan asuhan khusus yang dibutuhkan ibu.

Tujuan dilakukannya pemeriksaan antenatal yaitu:¹¹

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik,maternal dan sosial ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

- e) Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dapat menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

3) Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Pemeriksaan *Antenatal Care* terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. Pemeriksaan ANC antara lain: 1 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 2 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 24 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu).¹²

Standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 12T yaitu:

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b) Ukur tekanan darah
- c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)
- d) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- e) Tentukan presentasi janin dan denyut janin (DJJ)
- f) Pemberian tablet tambah darah (TTD) atau multivitamin dan mineral untuk ibu hamil (MMS) setiap hari selama kehamilan.
- g) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.
- h) Skrining Kesehatan Jiwa
- i) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan.
- j) Temu wicara (konseling).
- k) Tes laboratorium, tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi) yang pemberian pelayanan disesuaikan dengan trimester kehamilan.
- l) Pemeriksaan USG pada trimester I dan III atau sesuai indikasi.

f. Disproporsi Kepala Panggul

1) Pengertian

DKP (Disproporsi Kepala Panggul) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. DKP adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologi juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

DKP adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak melahirkan secara alami. Disproporsi kepala panggul adalah ketidakmampuan janin untuk melewati panggul. Disproporsi dapat absolut atau relative, absolut apabila janin sama sekali tidak akan dengan selamat dapat melewati jalan lahir. Disproporsi relative terjadi apabila faktor-faktor lain ikut berpengaruh.

2) Etiologi

Etiologi atau penyebab dari DKP disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya. Beberapa keadaan yang berhubungan dengan terjadinya DKP adalah sebagai berikut:

a) Kelainan karena gangguan pertumbuhan

- i. Panggul sempit seluruh: semua ukuran kecil

- ii. Panggul picak: ukuran muka belakang sempit, ukuran melintang biasa
 - iii. Panggul sempit picak: semua ukuran kecil tapi terlebihnya ukuran muka belakang
 - iv. Panggul corong: pintu atas panggul biasa, pintu bawah panggul sempit
 - v. Panggul belakang: symphyse terbuka
 - b) Kelainan karena penyakit tulang panggul atau sendi-sendinya
 - i. Panggul rachitis: panggul picak, panggul sempit, seluruh panggul sempit picak dan lain-lain.
 - ii. Panggul osteomalacci : panggul sempit melintang
 - iii. Radang articulatio sacroiliaca : panggul sempit miring
 - c) Kelainan panggul disebabkan kelainan tulang belakang
 - i. Kyphose didaerah tulang pinggang menyebabkan panggul corong
 - ii. Sciliose didaerah tulang panggul menyebabkan panggul sempit miring.
 - d) Kelainan panggul disebabkan kelainan anggota bawah coxitis, luxation atrofia. Salah satu anggota menyebabkan panggul sempit miring fraktura dari tulang panggul yang menjadi penyebab kelainan panggul.
- 3) Klasifikasi

Disproporsi dapat absolut atau relatif. Absolut apabila janin sama sekali tidak akan dengan selamat dapat melewati jalan lahir. Pada dirproporsi absolut faktor – faktor lain tidak ikut berpengaruh misalnya kontraksi yang jelek, jaringan lunak yang kaku, kedudukan abnormal dan ketidakmampuan kepala untuk mengadakan moulage sebagaimana mestinya. Disproporsi relative terjadi apabila factorfaktor lain ikut berpengaruh. Panggul yang relatif sempit dapat diatasi dengan kontraksi uterus yang efisien, kelonggaran jaringan lunak, letak, presentasi dan kedudukan janin untuk mengadakan moulage. DKP dapat ditandai oleh pola persalinan disfungsional,

kegagalan kemajuan persalinan. Fleksi kepala yang buruk atau kemacetan rotasi internal dan penurunan.

4) Tanda dan Gejala

- a) Persalinan lebih lama dari yang normal
- b) Janin belum masuk PAP pada usia kehamilan 36 minggu (primipara)
- c) Pada multipara, memiliki riwayat persalinan sulit
- d) Tinggi badan kurang dari 145 cm
- e) Ukuran distasi spinarum kurang dari 24-26 cm
- f) Ukuran distasi kristarum kurang dari 28-30 cm
- g) Ukuran konjungkata eksterna diameterkurang dari 18-20 cm
- h) Ukuran lingkaran panggul kurang dari 80-90 cm
- i) Pintu atas panggul
 - i. Ukuran konjungkata vera / diameter antero posterior (diameter depan – belakang) yaitu diameter antara promotium dan tepi atas symfisis kurang dari 11 cm
 - ii. Ukuran diameter melintang (transversa), yaitu jarak terlebar antara ke-2 linea inominata kurang dari 13 cm
 - iii. Ukuran diameter oblik (miring) jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberculum pubicum sisi yang bersebelah kurang dari 12 cm
- j) Bidang tengah panggul

Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah symfisis, pertengahan acetabulum, dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3 diameter anteroposterior kurang dari 12,75 cm, diameter transversal kurang dari 12,5 cm.
- k) Pintu bawah panggul
 - i. Diameter anteroposterior yaitu ukuran dari tepi bawah symfisis ke ujung sacrum kurang dari 11,5 cm
 - ii. Diameter segitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transversa kurang dari 7,5cm.

5) Patofisiologi

Tulang-tulang panggul terdiri dari os koksia, os sacrum, dan os koksigis. Os koksia dapat dibagi menjadi os ilium, os ishium, dan os pubis, tulang-tulang ini satu dengan lainnya berhubungan. Di depan terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri, disebut simfisis. Dibelakan terdapat artikulasio sakro-iliaka yang menghubungkan os sacrum dengan dengan os ilium.

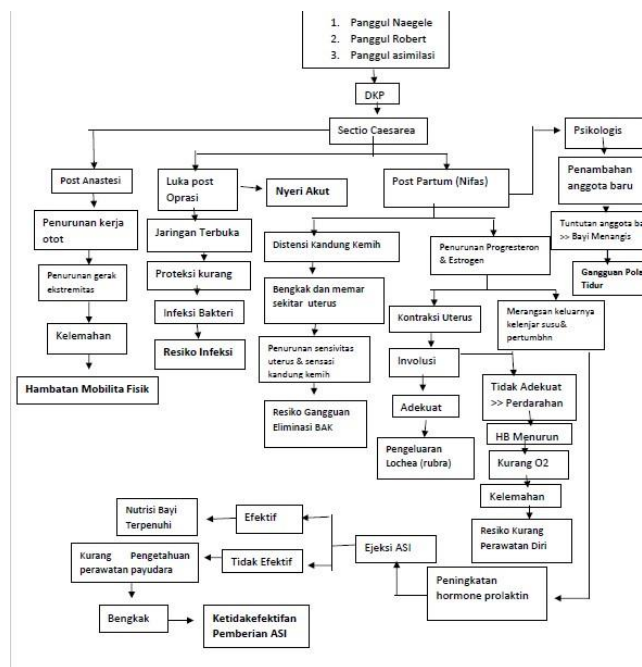
Pada wanita, di luar kehamilan artikulasi ini hanya memungkinkan pergeseran sedikit, tetapi pada kehamilan dan waktu persalinan dapat bergeser lebih jauh dan lebih longgar, misalnya ujung koksigis dapat bergerak kebelakang sampai sejauh lebih kurang 2,5 cm. hal ini dapat dilakukan bila ujung os koksigis menonjol ke depan pada saat partus, dan pengeluaran kepala janin dengan cunam ujung os koksigis itu dapat ditekan kebelakang. Secara fungsional, panggul terdiri dari dua bagian yaitu pelvis mayor dan pelvis minor.

Pelvis mayor adalah bagian pelvis yang terletak diatas linen terminalis, disebut juga dengan false pelvis. Bagian yang terletak dibawah linen terminalis disebut pelvis minor atau true pelvis. Pada ruang yang dibentuk oleh pelvis mayor terdapat organ-organ abnormal selain itu pelvis mayor merupakan tempat perlekatan otototot dan ligament dan dinding tubuh. Sedangkan pada ruang yang dibentuk oleh pelvis minor terdapat bagian dari kolon, rectum, kandung kemih, dan pada wanita terdapat uterus dan ovarium.

Selama kehamilan, serviks (leher rahim atau saluran tempat jalan keluarnya bayi dari rahim menuju vagina) dalam kondisi tertutup dan dipenuhi oleh lender (mucus) untuk melindunginya dari infeksi. Pada tahap pertama persalinan, kontraksi membuat serviks terbuka secara bertahap. Serviks mulai melentur sehingga dapat terbuka dan melebar sampai 10 cm. tahap ini merupakan tahap yang paling panjang dari persalinan. Dapat berlangsung selama beberapa jam bahkan hari sebelum menjalani persalinan.

Fase di mana serviks mulai terbuka disebut dengan fase laten. Pada fase laten akan merasa kontraksi dan kadang juga tidak. Pada fase ini sebaiknya makan dan minum untuk mempersiapkan energy yang akan dipakai selama proses persalinan. Jika persalinan mulai pada malam hari, sebaiknya tenang dan tetap rileks. Gunakan waktu untuk tidur jika bisa. Dan jika persalinan baru dimulai saat siang hari, cobalah untuk tetap aktif. Bergerak aktif akan membantu bayi turun ke bawah rahim dan juga membantu serviks untuk melebar.

6) Pathway



Gambar 1 Pathway Disproporsi Kepala Panggul

7) Komplikasi

Apabila persalinan Disproporsi kepala panggul dibiarkan berlangsung melalui persalinan pervaginam dapat mengakibatkan bahaya bagi ibu dan janin.

1) Pada ibu

- i. Infeksi
- ii. Puerperal
- iii. Perdarahan
- iv. Kandung kencing, embolisme paru, dan sebagainya jarang terjadi.

- v. Dehidrasi serta asidosis, dan infeksi intrapartum.
- vi. Terjadi fistula vesikoversikalis atau fistula rektovaginalis.

2) Pada janin

- i. Kematian perinatal
- ii. Prolapsus funikuli
- iii. Perlukaan pada jaringan di atas tulang kepala janin fraktur pada os parietalis.

8) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan adanya disproporsi

Untuk menentukan adanya Disproporsi Kepala Panggul dapat dilakukan beberapa pemeriksaan yaitu:

i. Palpasi Abdominal

Apabila kepala dapat didorong masuk panggul maka berarti tidak ada disproporsi di PAP. Kalau kepala tidak dapat masuk maka perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut. ii. Pemeriksaan vaginal dan abdominopelvic

Bagian terendah diatas simpisis pubis dan fundus uteri didorong untuk melihat apakah bagian terendah dapat turun sampai spina ischiadica atau lebih rendah lagi. Apabila dengan dorongan tangan berhasil maka dapat diperkirakan kontraksi uterus yang kuat tidak akan sulit. Pemeriksaan vagina untuk menentukan posisi, presentasi, dan dilatasi serta penipisan serviks.

iii. Pemeriksaan radiografis

Pada kasus yang meragukan dilakukan pelvimetri rontgenologis, untuk memperoleh informasi tambahan yang berharga.

iv. Partus percobaan

Pasien dibiarkan memasuki persalinan secara spontan. Untuk partus percobaan tidak pernah dilakukan induksi baik dengan memecah ketuban ataupun dengan infus

oxytocin. Setelah serviks terbuka separoh ketuban boleh dipecah untuk melihat apabila kemajuan dapat dipercepat.

v. *Magnetik Resonance Imaging (MRI)*

Dalam pemeriksaan disporsi kepala panggul, MRI digunakan untuk pencitraan janin, mengevaluasi adanya distosia jaringan lunak, mengukur kapasitas pelvis dan untuk mengukur dimensi kepala.

9) Penatalaksanaan

a) Partus percobaan

- i. Suatu tes terhadap kekuatan his dan daya akomodasi termasuk moulase kepala janin.
- ii. Syarat partus percobaan
 - Anak letak kepala hidup (letak belakang kepala)
 - His adekuat normal
 - Serviks uteri lunak
 - Adanya keraguan sefalopelvik disproportion
 - Ibu sadar
 - Tidak ada infeksi intrapartum
 - Partus percobaan dimulai pada pembukaan sekurangkurangnya 2 jari / 4 cm / fase laten dan his sudah teratur.

b) *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.

c) Simfisiotomi

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

3. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain.¹³

b. Macam-Macam Persalinan¹⁴

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2) Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

c. Tahap-Tahap Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap¹. Pada umumnya fase laten berlangsung hingga enam hingga delapan jam sedangkan fase aktif pada primigravida akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jamnya.¹⁵ Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi:

a) Fase laten, yaitu fase dimulai dari sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3 cm yang membutuhkan waktu delapan jam.

b) Fase aktif, yaitu fase pembukaan yang lebih cepat membutuhkan waktu enam jam yang terbagi menjadi:

1) Fase akselerasi (fase percepatan) dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam dua jam.

2) Fase dilatasi maksimal dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam dua jam.

- 3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan) yaitu pembukaan menjadi melambat kembali dalam waktu dua jam pembukaan 9 cm sampai pembukaan menjadi lengkap.¹³

- 2) Kala II

Kala II atau kala pengeluaran adalah periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung dua jam pada primigravida dan satu jam pada multigravida. Pada kala ini his lebih cepat dan kuat, kurang lebih 23 menit sekali. Dalam kondisi normal kepala janin sudah masuk dalam rongga panggul.¹³

- 3) Kala III

Kala III atau kala uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit, setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.¹³

- 4) Kala IV

Kala empat persalinan dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir dua jam setelah plasenta lahir. Perubahan yang terjadi pada kala IV adalah penurunan tinggi fundus dan kontraksi otot-otot rahim sehingga pembuluh darah di dalamnya terkompresi menyebabkan otot-otot rahim menjadi tertekan dan pendarahan berhenti setelah melahirkan plasenta.¹⁵

- d. Persalinan *Sectio Caesarea*

- 2) Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. *Sectio caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagian atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

- 3) Indikasi

a) Indikasi pada ibu

- i. Fetal distress (detak jantung bayi melambat)
- ii. His lemah / melemah
- iii. Janin dalam posisi sunggsang atau melintang
- iv. Bayi besar ($BBL \geq 4,2$ kg)
- v. Plasenta previa
- vi. Kelainan letak
- vii. Disproporsi cephalo pelvik (ketidakseimbangan anatara ukuran kepala dan panggul)
- viii. Rupture uteri mengancam
- ix. Hydrocephalus
- x. Primi muda atau tua
- xi. Partus dengan komplikasi
- xii. Panggul sempit (DKP)
- xiii. Problem plasenta

b) Indikasi pada janin

Indikasi pada janin yang dilakukan *sectio caesarea*, antara lain:

- i. Janin besar
- ii. Gawat janin
- iii. Letak lintang

4) Kontraindikasi *sectio caesarea* pada umumnya *sectio caesarea* tidak dilakukan pada janin mati, syok, anemia berat, sebelum diatasi, kelainan kongenital berat (monster).

5) Jenis-jenis *sectio caesarea*

a) Abdomen (*sectio caesarea abdominalis*)

i. SC transperitonealis

SC klasik atau corporal (dengan insisi memanjang pada corpus uteri). Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm.

Kelebihan:

- Mengeluarkan janin dengan cepat

- Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
 - Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal
- Kekurangan:
- Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik
 - Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan
- ii. SC ismika atau profunda (*low servical* dengan insisi pada segmen bawah rahim)

Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang kontak pada segmen bawah rahim (*low servical transversal*) kira-kira 10 cm.

Kelebihan:

- Penjahitan luka lebih mudah
 - Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
 - Tumpeng tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran ini uterus ke rongga peritoneum
 - Perdarahan tidak begitu banyak
 - Kemungkinan rupture uteri spontan berkurang atau lebih kecil
- Kekurangan:
- Luka dapat melebar ke kiri, ke kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan uteri uterine pecah sehingga mengakibatkan perdarahan banyak
 - Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi
- iii. SC *ekstra peritonealis* yaitu tanpa membuka peritoneum perietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdomina.

b) Vagina (*sectio caesarea vaginalis*)

Menurut sayatan pada rahim, sectio caesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

- i. Sayatan memanjang (longitudinal)
- ii. Sayatan melintang (transversal)
- iii. Sayatan huruf T (T insicion)

e. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:¹⁴

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron 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.

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars 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 tandatanda 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. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4) Pengaruh Janin

Hipofisis dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya 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 dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

1) *Passenger*

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.¹⁶

2) *Passage away*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.¹⁶

3) *Power*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan.¹⁶

4) *Position*

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok.¹⁶

5) *Psychologic Respons*

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin

biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya.¹⁶

g. Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut:¹⁴

1) Masuknya kepala janin dalam PAP

- a) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- b) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/ posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.
- c) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP.
- d) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.
- e) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus".
- f) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan.
- g) Acynclitismus anterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang

- h) Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitismus posterior ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engagement.
- 2) Majunya kepala janin
 - a) Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II.
 - b) Pada multigravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.
 - c) Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi
 - d) Majunya kepala disebabkan karena:
 - 1) Tekanan cairan intrauterine
 - 2) Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
 - 3) Kekuatan mengejan
 - 4) Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim
- 3) Fleksi
 - a) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm).
 - b) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
 - c) Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena momen yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi.
 - d) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan
 - e) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.
- 4) Putaran paksi dalam

- a) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.
 - b) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.
 - c) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
 - d) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadangkadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- 5) Ekstensi
- a) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
 - b) Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan.
 - c) Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum.
 - d) Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.
 - e) Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.

6) Putaran paksi luar

- a) Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.
- b) Bahu melintasi PAP dalam posisi miring.
- c) Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.
- d) Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.

h. Perubahan Psikologi Ibu Bersalin

1) Perubahan psikologis pada ibu bersalin kala I

Pada persalinan kala I, selain pada saat kontraksi uterus, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat. Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah:

- a) Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada jaman ini kepercayaan pada ketakutanketakutan gaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis, dan fisiologis kesulitankesulitan pada peristiwa partus bisa dijelaskan dengan alasan- alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul.
- b) Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidurnyenyak, sering

kesulitan bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.

- c) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat.
- d) Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan.
- e) Adanya harapan mengenai jenis kelamin bayi yang akan
- f) Sikap
- g) Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi:

2) Perubahan psikologis ibu bersalin kala II

Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut. Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut:

- a) Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.
- b) Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- c) Frustasi dan marah
- d) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
- e) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
- f) Fokus pada dirinya sendiri-sendiri.

i. Standar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Standar asuhan persalinan normal meliputi:¹⁵

1) Kala satu persalinan

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan

berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Tanda dan gejala persalinan antara lain: penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal dua kali dalam 10 menit) dan keluarnya cairan lendir bercampur darah melalui vagina. Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase meliputi, fase laten yaitu dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan fase aktif dimulai sejak pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm.

Asuhan yang dilakukan selama kala I meliputi:

- a) Anamnesis dan pemeriksaan fisik ibu bersalin, perhatikan adanya tanda-tanda penyulit atau kondisi gawatdarurat dan segera lakukan tindakan yang sesuai apabila diperlukan untuk memastikan proses persalinan akan berlangsung secara aman
 - b) Pengenalan dini terhadap masalah dan penyulit, selama anamnesis dan pemeriksaan fisik tetap waspada terhadap indikasi-indikasi kegawatdaruratan dan segera lakukan tindakan yang diperlukan.
 - c) Persiapan asuhan persalinan, meliputi ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan, persiapan rujukan dan memberikan asuhan saying ibu.
 - d) Pengisian partograf, sebagai alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Pemantauan dan pemeriksaan selama kala I yaitu pemeriksaan tekanan darah setiap empat jam, suhu badan setiap dua jam, nadi setiap 30 menit, denyut jantung janin setiap 30 menit, kontraksi setiap 30 menit, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap empat jam.
- 2) Kala dua persalinan

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Asuhan kala dua antara lain:

- a) Mengenal gejala dan tanda kala dua persalinan. Gejala dan tanda kala dua persalinan yaitu ibu merasakan ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.
 - b) Menyiapkan peralatan untuk pertolongan persalinan Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik Pencegahan Infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi.
 - c) Amniotomi, jika selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka perlu dilakukan tindakan amniotomi. Perhatikan warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi.
 - d) Memimpin persalinan, pada saat memimpin persalinan, penolong segera melakukan pertolongan persalinan dengan mengintruksikan ibu untuk meneran, mengatur posisi ibu saat melahirkan, melakukan pencegahan laserasi, melahirkan kepala dan membantu melahirkan seluruh tubuh bayi.
- 3) Kala tiga persalinan

Kala tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala uri biasanya terjadi tidak lebih dari 30 menit. Pada kala uri dilakukan manajemen aktif kala tiga (MAK tiga) yang bertujuan

untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mencegah terjadinya perdarahan. Langkah-langkah dari MAK tiga adalah pemberian suntikan oksitosin dalam satu menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat dan massase fundus uteri.

4) Kala empat persalinan

Kala empat persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Saat kala empat persalinan dipantau tanda-tanda vital ibu, kontraksi uterus, kandung kemih dan pengeluaran darah setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua. Semua hasil pemeriksaan selama persalinan kala empat di dokumentasikan pada lembar belakang partograf.

Derajat laserasi perineum terbagi atas:

- a) Derajat I Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan.
- b) Derajat II Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur.
- c) Derajat III Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spingter ani eksternal.
- d) Derajat IV Derajat III ditambah dinding rektum anterior
Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus.¹⁷

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram¹.

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

1) Sistem Pernapasan

Masa yang paling kritis neonatus adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan janin atau bayi pertama. Pada saat persalinan kepala bayi menyebabkan badan khususnya toraks berada di jalan lahir sehingga terjadi kompresi dan cairan yang terdapat dalam percabangan trakheobronkial keluar sebanyak 10-28 cc. Setelah torak lahir terjadi mekanisme balik yang menyebabkan terjadinya beberapa hal sebagai berikut yaitu:

- a) Inspirasi pasif paru karena bebasnya toraks dari jalan lahir
- b) Perluasan permukaan paru yang mengakibatkan perubahan penting: pembuluh darah kapiler paru makin terbuka untuk persiapan pertukaran oksigen dan karbondioksida, surfaktan menyebar sehingga memudahkan untuk menggelembungnya alveoli, resistensi pembuluh darah paru makin menurun sehingga dapat meningkatkan aliran darah menuju paru, pelebaran toraks secara pasif yang cukup tinggi untuk menggelembungkan seluruh alveoli yang memerlukan tekanan sekitar 25 mm air.
- c) Saat toraks bebas dan terjadi inspirasi pasif selanjutnya terjadi dengan ekspirasi yang berlangsung lebih panjang untuk meningkatkan pengeluaran lendir. Diketahui pula bahwa intrauteri, alveoli terbuka dan diisi oleh cairan yang akan dikeluarkan saat toraks masuk jalan lahir. Sekalipun ekspirasi lebih panjang dari inspirasi, tidak seluruh cairan dapat keluar dari dalam paru. Cairan lendir dikeluarkan dengan mekanisme berikut yaitu perasan dinding toraks, sekresi menurun, dan resorpsi oleh jaringan paru melalui pembuluh limfe².

2) Sistem Kardiovaskular

Terdapat perbedaan prinsip antara sirkulasi janin dan bayi karena paru mulai berkurang dan sirkulasi tali pusat putus. Perubahan ini menyebabkan berbagai bentuk perubahan hemodinamik yang dapat dijabarkan sebagai berikut²:

- a) Darah vena umbilikalisis mempunyai tekanan 30-35 mmHg dengan saturasi oksigen sebesar 80-90% karena hemoglobin janin mempunyai afinitas yang tinggi terhadap oksigen.
- b) Darah dari vena cava inferior yang kaya oksigen dan nutrisi langsung masuk oramen ovale dari atrium kanan menuju atrium kiri. Atrium kanan menerima aliran darah yang berasal dari vena pulmonalis.
- c) Aliran darah dari vena cava superior yang berasal dari sirkulasi darah ekstremitas bagian atas, otak, dan jantung, akan langsung masuk atrium kanan dan selanjutnya langsung menuju ventrikel kanan.
- d) Curah jantung janin pada saat mendekati aterm adalah sekitar 450 cc/kg/menit dari kedua ventrikel jantung janin.
- e) Aliran dari ventrikel kiri dengan tekanan 25-28 mmHg dengan saturasi 60% sksn menuju ke arteri koroner jantung, ekstremitas bagian atas, dan 10% menuju aorta desenden.
- f) Aliran dari ventrikel kanan, dengan tekanan oksigen 20-23 mmHg dengan saturasi 55% akan menunjuk ke aorta desenden yang selanjutnya menuju ke sirkulasi abdomen dan ekstremitas bagian bawah.

Pada saat lahir terjadi pengembangan alveoli paru sehingga tahanan pembuluh darah paru semakin menurun karena:

- a) *Endothelium relaxing factor* menyebabkan relaksasi pembuluh darah dan menurunkan tahanan pembuluh darah paru.
- b) Pembuluh darah paru melebar sehingga tahanan pembuluh darah makin menurun.

Dampak hemodinamik dari berkembangnya paru bayi adalah aliran darah menuju paru dari ventrikel kanan bertambah sehingga tekanan darah pada atrium kanan menurun karena tersedot oleh ventrikel kanan yang akhirnya mengakibatkan tekanan darah pada atrium kiri meningkat dan menutup foramen

ovale, shunt aliran darah atrium kanan ke kiri masih dapat dijumpai selama 12 jam dan total menghilang pada hari ke 7-12².

c) Pengaturan Suhu

Bayi kehilangan panas melalui empat cara, yaitu²:

- a) Konveksi: pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi. Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20 °C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka. Kipas angin dan AC yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi. Troli resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi ke udara sekitar bayi.
- b) Evaporasi: kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Bayi baru lahir yang dalam keadaan basah kehilangan panas dengan cepat melalui cara ini. Karena itu, bayi harus dikeringkan seluruhnya, termasuk kepala dan rambut, sesegera mungkin setelah dilahirkan.
- c) Radiasi: melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Panas dapat hilang secara radiasi ke benda padat yang terdekat, misalnya jendela pada musim dingin. Karena itu, bayi harus diselimuti, termasuk kepalanya, idealnya dengan handuk hangat.
- d) Konduksi: melalui benda-benda padat yang berkontak dengan kulit bayi.

d) Sistem Ginjal

Ginjal bayi belum matur sehingga menyebabkan laju filtrasi glomerulus rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Urin pertama keluar dalam 24 jam pertama dan dengan frekuensi yang semakin sering sesuai *intake*².

e) Sistem Pencernaan

Secara struktur sudah lengkap tapi belum sempurna, mukosa mulut lembab dan pink. Lapisan keratin berwarna pink, kapasitas lambung sekitar 15-30 ml, feses pertama berwarna hijau kehitaman².

c. Reflek Bayi Baru Lahir

1) Reflek Moro

Bayi akan mengembangkan tangan lebar dan melebarkan jari, lalu membalikkan dengan tangan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang. Diperoleh dengan memukul permukaan yang rata dimana dekat bayi dibaringkan dengan posisi telentang.

2) Reflek rooting

Timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Bayi akan memutar kepala seakan mencari puting susu. Refleks ini menghilang pada usia 7 bulan.

3) Reflek sucking

Timbul bersamaan dengan reflek rooting untuk mengisap puting susu dan menelan ASI.

4) Reflek batuk dan bersin

Untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan.

5) Reflek grasp

Timbul jika ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, lalu bayi akan menutup telapak tangannya atau ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, jari kaki menekuk.

6) Reflek walking dan stepping

Reflek ini timbul jika bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah ke depan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan. Menghilang pada usia 4 bulan.

7) Reflek tonic neck

Reflek ini timbul jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kiri jika diposisikan tengkurap. Reflek ini bisa diamati saat bayi berusia 3-4 bulan.

8) Reflek Babinsky

Muncul ketika ada rangsangan pada telapak kaki, ibu jari akan bergerak keatas dan jari-jari lainnya membuka, menghilang pada usia 1 tahun.

9) Reflek membengkokkan badan (Reflek Galant)

Ketika bayi tengkurap, gerakan bayi pada punggung menyebabkan pelvis membengkok ke samping. Berkurang pada usia 2-3 bulan.

10) Reflek Bauer/merangkak

Pada bayi aterm dengan posisi tengkurap. BBL akan melakukan gerakan merangkak dengan menggunakan lengan dan tungkai.

Menghilang pada usia 6 minggu².

5. 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.¹⁸

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN3) 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.¹⁹

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 antropometri 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.

c. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi 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 energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.¹⁸

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.²⁸ 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 semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.²⁰

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 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) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.²⁰ 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 dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.¹⁹

6. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.²¹

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan yaitu mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.²² Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu:

- 1) Mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk dengan menurunkan angka kelahiran atau TFR (*Total Fertility Rate*).

- 2) Mengatur kehamilan dengan menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan apabila merasa anak telah cukup.
- 3) Tercapainya keluarga yang berkualitas, yakni keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi.

c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi. Sasaran tidak langsung KB yaitu:

- 1) Kelompok remaja usia 15-19 tahun karena remaja bukan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung melainkan termasuk kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual. Sehingga program KB pada sasaran remaja menjadi upaya promotif dan preventif untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan agar tidak berujung pada aborsi.
- 2) Organisasi-organisasi, lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta serta tokoh masyarakat dan pemuka agama yang diharapkan dapat memberikan dukungan kelembagaan dua anak cukup.

d. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.²³

e. 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.²⁴

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain:

1) Metode Tradisional

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

2) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode lendir servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

3) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode barrier merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermiside, diafragma, kap serviks.

4) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan implan dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

5) Metode mantap

i. Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi.

ii. Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.²³

g. Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya:

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, hanya Air Susu Ibu saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya.

a) Keuntungan kontrasepsi

Segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistematis, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat dan tanpa mengeluarkan biaya.

b) Keuntungan Nonkontrasepsi

Keuntungan non kontrasepsi bagi bayi yaitu akan mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat air susu ibu), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula. Sedangkan bagi Ibu dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

2) Pil Progestin

Pil progestin (minipills) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil (0,5 atau kurang). Pil progestin dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan.

a) Keuntungan

Cocok untuk perempuan yang menyusui, efektif pada masa laktasi, tidak menurunkan kadar ASI, tidak memberikan efek samping estrogen.

b) Keterbatasan

Mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, mual.

3) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

a) Keuntungan dari suntik progestin yaitu: Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.

b) Keterbatasan suntik progesteron: sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian.

4) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

a) Keuntungan Implant

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

b) Keterbatasan Implant

Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea, progestin dapat memicu pertumbuhan miom, dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).

5) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.³⁴

IUD dapat dipasang dalam keadaan sewaktu haid sedang berlangsung, karena keuntungannya pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu agak terbuka dan lembek. Rasa nyeri tidak seberapa keras, perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan, kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada. Selain itu, pemasangan dapat dilakukan saat postpartum. Pemeriksaan sesudah IUD dipasang dilakukan pada 1 minggu pasca pemasangan, 3 bulan berikutnya, berikutnya setiap 6 bulan sekali.