

BAB II TINJAUANTEORI

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Elisabeth dkk (2015), Kehamilan didefinisikan sebagai *Fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*, bila dihitung dari *fertilisasi* hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu/ 10 bulan/ 9 bulan menurut kalender internasional, kehamilan terbagi menjadi 3 trimester dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua minggu ke 13, hingga ke 27, dan trimester ketiga minggu ke 28 hingga ke 40.

وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ جَعَلَكُمْ أَزْوَاجًا وَمَا تَحْمِلُ مِنْ أُنْثَىٰ وَلَا تَضَعُ
إِلَّا بِعِلْمِهِ وَمَا يُعَمَّرُ مِنْ مُعَمَّرٍ وَلَا يُنْقَصُ مِنْ عُمرِهِ إِلَّا فِي كِتَابٍ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ

Artinya :

Dan Allah menciptakan kamu dari tanah kemudian dari air mani, kemudian Dia menjadikan kamu berpasangan (laki-laki dan perempuan). Dan tidak ada seorang perempuanpun mengandung dan tidak (pula) melahirkan melainkan dengan sepengetahuan-Nya. Dan sekali-kali tidak dipanjangkan umur seorang yang berumur panjang dan tidak pula dikurangi umurnya, melainkan (sudah ditetapkan) dalam Kitab (Lauh Mahfuzh).

Allah menciptakan kalian dari tanah. Sebab Adam, bapak kalian, diciptakan dari tanah. Lalu Dia menciptakan kalian dari sperma (nutfah), suatu jenis cairan yang dikokohkan dalam rahim dan berasal dari makanan yang dikeluarkan oleh tanah. Kemudian dijadikanlah kalian sebagai laki-laki dan perempuan. Seorang perempuan tidak akan mengandung dan melahirkan anak kecuali dengan sepengetahuan Allah. Seseorang diberikan umur panjang atau dikurangi, semua itu tercatat dalam sebuah kitab. Sesungguhnya bagi Allah semua itu adalah sangat mudah dan remeh.

2.1.2 *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal Care adalah asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak konfirmasi, konsepsi hingga awal persalinan. Bidan akan menggunakan pendekatan yang berpusat pada ibu dalam memberikan asuhan kepada ibu dan keluarganya dengan berbagai informasi untuk memudahkannya membuat pilihan tentang asuhan yang ia terima (Marmi,2011).

2.1.3 Tujuan Pemeriksaan Kehamilan

Tujuan pemeriksaan kehamilan adalah menurunkan ataupun mencegah kesakitan ataupun kematian maternal dan perinatal. Berikut adalah tujuan khusus dari pemeriksaan kehamilan yaitu (Jannah, 2011) :

- 2.1.3.1 Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2.1.3.2 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan social ibu dan bayi.
- 2.1.3.3 Mengenalinya secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum.
- 2.1.3.4 Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 2.1.3.5 Mempersiapkan ibu agar asa nifas berjalan dengan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 2.1.3.6 Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar tumbuh dan berkembang secara normal.

2.1.4 Kunjungan Kehamilan

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal standar untuk

mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Istilah kunjungan tidak mengandung bahwa selalu ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan, tetapi dapat sebaliknya, yaitu ibu hamil yang dikunjungi oleh petugas kesehatan dirumahnya atau di posyandu.

Kunjungan dalam pemeriksaan kehamilan dilakukan paling sedikit empat kali yaitu (Nugroho, dkk, 2014) :

- 2.1.4.1 Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0 – 12 minggu)
- 2.1.4.2 Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 13 – 24 minggu)
- 2.1.4.3 Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 25 sampai melahirkan).

2.1.5 Tahap-Tahap Pemeriksaan Pada Kehamilan

Standar minimal pelayanan pada ibu hamil ada “14T” yaitu:

- a) Mengukur tinggi badan dan menimbang berat badan
- b) Mengukur tekanan darah
- c) Mengukur tinggi fundus
- d) Melakukan pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- e) Melakukan pemberian tablet zat besi (minimal 90 biji selama kehamilan)
- f) Melakukan Tes terhadap penyakit menular seksual/*Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL)
- g) Melakukan temu wicara/ konseling
- h) Memeriksa Haemoglobin (Hb)
- i) Memeriksa tes *urine* protein
- j) Melakukan tes reduksi *urine*
- k) Merawat payudara (tekan pijat payudara)
- l) Memelihara tingkat kebugaran
- m) Memberikan terapi yodium kapsul (khusus daerah endemis gondok)
- n) Memberikan terapi obat malaria (Maternity *et al.*, 2014).

2.1.5.1 Mencatat hasil pemeriksaan data subjektif menurut Ika Pantiawati (2012).

a. Informasi biodata

Identitas ibu dan suami (Nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat)

b. Keluhan utama

c. Riwayat kesehatan dahulu, sekarang, dan keluarga

d. Riwayat Haid meliputi :

(*Menarche*/pertama kali *haid*, siklus, lamanya, banyak/berapa kali dalam sehari ganti pembalut, bau, *konsistensi*, *dismenorrhoe*, *flour albus*)

e. Riwayat kehamilan sekarang meliputi:

- 1) HPHT (Hari pertama haid terakhir)
- 2) HPL (Hari perkiraan lahir)
- 3) Gerak *janin* (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
- 4) Masalah dan tanda-tanda bahaya
- 5) Keluhan-Keluhan lazim pada kehamilan (seperti mual, pusing, sakit pinggang)
- 6) Penggunaan obat-obatan (termasuk jamu-jamuan)
- 7) Kekhawatiran lain yang dirasakan)

f. Riwayat sosial ekonomi

- 1) Status perkawinan
- 2) Respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini
- 3) Riwayat KB
- 4) Dukungan keluarga
- 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga
- 6) Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi
- 7) Kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, dan minum obat atau *alcohol*

8) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari

9) Tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan

2.1.5.2 Mencatat hasil pemeriksaan data objektif/pemeriksaan fisik umum.

a. Keadaan umum dan tingkat kesadaran

b. TTV meliputi Tekanan darah, suhu badan, *frekuensi nadi, frekuensi nafas*.

c. Berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas

d. Inspeksi

1) Kepala dan leher (*edema* diwajah, *ikterik* pada mata, bibir pucat, leher meliputi pembengkakan seluruh *limfe* atau pembengkakan kelenjar *tiroid*)

2) Tangan dan kaki (*edema* pada jari tangan, kuku jari pucat, *varises vena, reflek-reflek*)

3) Payudara (ukuran, kesimetrisan, puting payudara : menonjol atau masuk, keluarnya *kolustrum* atau cairan lain, *retraksi*)

4) *Abdomen* (Luka operasi, tinggi *fundus uteri* jika >12 minggu, letak, *persentasi*, posisi, dan penurunan kepala kalau >36 minggu)

5) Genetalia luar (*eksternal*) *Varises*, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran, kelenjar *bartholin* : bengkak (*massa*) cairan yang keluar.

6) Genetalia dalam (*Interna*) *serviks* meliputi cairan : yang keluar, luka (*lesi*), kelunakan, posisi, *mobilisasi*, tertutup, atau membuka. *Vagina* meliputi cairan yang keluar, luka, dan darah. Ukuran, bentuk, posisi, *mobilitas*, kelunakan, *massa* (pada trimester pertama).

e. Palpasi abdomen menurut Sulistyawati, (2012)

1) *Leopold I*

Bertujuan untuk mengetahui tinggi *fundus uteri* dan bagian janin yang ada di *fundus*. Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut:

- a) Pemeriksa menghadap pasien
- b) Kedua tangan meraba bagian *fundus* dan mengukur berapa tinggi *fundus uteri*
- c) Meraba bagian apa yang ada di *fundus*. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin.

2) *Leopold II*

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

- a) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu
- b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan.
- c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, teraba ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin).

3) *Leopold III*

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah *uterus*. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

- a) Tangan kiri menahan *fundusuteri*
- b) Tangan kanan meraba bagian yang ada dibagian bawah *uterus*. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin. Jika dibagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangang apakah janin dalam letak lintang.
- c) Pada letak *sungsang (melintang)* dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan *ballotement* (pantulan dari kepala *janin*, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).
- d) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul), lalu lanjutkan pada pemeriksaan *leopold IV* untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

4) *Leopold IV*

Bertujuan untuk mengetahui bagian *janin* yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan menghadap kaki pasien.
- b) Kedua tangan meraba bagian *janin* yang ada dibawah.
- c) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan dibagian bawah.
- d) Jika kedua tangan *konvergen* (dapat saling bertemu) bererti kepala belum masuk panggul.
- e) Jika kedua tangan *divergen* (tidak saling bertemu) bererti kepala sudah masuk panggul.
- f) Jika memungkinkan dalam *palpasi* diperkirakan juga taksiran berat *janin* (meskipun kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar) pada kehamilan *aterm*, perkiraan berat *janin* dapt menggunakan rumus *Johnson-Tossec* yaitu:

Jika kepala sudah masuk

$$\text{PAP}(\text{TFU} - 11) \times 155 = \dots \text{ gram.}$$

Jika kepala belum masuk

$$\text{PAP}(\text{TFU} - 12) \times 155 = \dots \text{ gram.}$$

- f. *Auskultasi* (bila >18 minggu)

Dengan menggunakan *stetoskop* kayu, *laennec* atau alat *dopler* yang ditempelkan didaerah punggung janin, dihitung frekuensi 5 detik pertama, ketiga, dan ke lima, kemudian dijumlah dan dikalikan 4 untuk memperoleh frekuensi 1 menit. Batas frekuensi denyut jantung normal adalah 120-160/menit

- g. Pemeriksaan panggul

Untuk pemeriksaan panggul pada wanita hamil dilakukan jika ada indikasi dan pada anak pertama

pemeriksaan ini sangat penting untuk mengidentifikasi ada tidaknya panggul sempit. Alat pengukur yang sering digunakan adalah jangkar panggul dari martin ukuran-ukuran yang ditentukan adalah:

- 1) *Distansia spinarum* yaitu jarak *spina iliaca anterior superior* kanan dan kiri dengan ukuran normal sekitar 23-25 cm.
- 2) *Distansia cristarum* yaitu jarak terjauh antara *crista iliaca* terjauh kanan dan kiri antara ukuran normal 26-29 cm bila selisih antara *distansia cristarum* dan *distansi spinarum* < 16 cm, kemungkinan besar adanya kesempitan panggul.
- 3) *Konjugata eksterna* yaitu jarak antara tepi atas *simfisis* dan *prosesus lumbi lima*, dengan ukuran normal 18-20 cm, bila diameter < 16 cm kemungkinan terdapat kesempitan panggul.
- 4) Lingkar panggul diukur melingkar mulai dari pinggir atas *simfisis*, pertengahan *sias*.

h. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan *Haemoglobin* dilakukan untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

2.1.5.3 Tanda-Tanda Bahaya Pada Kehamilan

Menurut Rukiyah dkk(2009),Tanda Bahaya Kehamilan adalah sebagai berikut:

- a. *Perdarahan Vagina*
- b. Sakit kepala yang hebat
- c. Nyeri *abdomen* yang hebat
- d. Bengkak pada muka atau tangan
- e. Bayi kurang bergerak seperti biasanya

2.3 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

2.3.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

2.3.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan mnipisnya serviks dan janin dan turun kejalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Icesmi, 2013)

فَأَجَاءَهَا الْمَخَاضُ إِلَى جِذْعِ النَّخْلَةِ قَالَتْ يَا لَيْتَنِي مِتُّ قَبْلَ هَذَا وَكُنْتُ نَسِيًّا
مُنْسِيًّا

Artinya :

Rasa sakit hendak melahirkan memaksa Maryam untuk bersandar dan menutup dirinya pada pangkal pohon kurma. Ia membayangkan kemungkinan sikap ingkar keluarganya terhadap kelahiran anaknya kelak. Ia pun berharap cepat meninggal dunia supaya kejadian ini tidak lagi berarti dan cepat dilupakan.

Maka rasa sakit akan melahirkan anak memaksa ia (bersandar) pada pangkal pohon kurma, dia berkata: "Aduhai, alangkah baiknya aku mati sebelum ini, dan aku menjadi barang yang tidak berarti, lagi dilupakan".

2.3.1.2 Tanda dan Gejala persalinan

- a. Keluarnya lendir bercampur darah *pervaginam(Show)*
- b. Kadang-kadang *ketuban pecah* dengan sendirinya. Jika *ketuban* sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam
- c. *Dilatasi* dan *effacement*, pendataran atau pemendekan *kanalis servikalis* yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya *ostium* yang tipis seperti kertas.
(Marmi,2012).

2.3.1.3 Mekanisme Persalinan Normal

Putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses pada proses kelahiran manusia. Tujuh gerakan kondisi presentasi puncak kepala pada mekanisme persalinan menurut Icesmi (2013) adalah *engagement*, *descent* (penurunan), *fleksi*, *putar paksi dalam*, *ekstensi*, *putar paksi luar* dan akhirnya kelahiran melalui *ekspulsi*.

a. *Engagement*

Pada minggu – minggu akhir kehamilan pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat pintu atas panggul, umumnya dengan *presentasi biparietal*.

Masuknya kepala pada *primigravida* terjadi pada bulan terakhir dan pada *multigravida* terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan piintu atas panggul (*sinklitismus*) atau miring/mmembentuk sudut dengan pintu atas panggul (*asinklitismus anterior/posterior*).

b. Descent (Penurunan)

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada *arsetektur pelvis* dengan hubungan ukuran kepala dna ukuran *pelvis* sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun kedalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari *his* dari daerah *fundus* ke daerah bokong, tekanan dari *cairan amnion*, *kontraksi* otot dinding perut dan *diafragma* (mengejan), dan badan janin terjadi *ekstensi* dan menegang.

c. Fleksi

Dengan Pada umumnya terjadi *fleksi* penuh/sepurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul → membantu penurunan kepala selanjutnya.

Fleksi : kepala janin *fleksi*, dagu menepel ke *toraks*, posisi kepala berubah dari diameter *oksipito-frontalis* (puncak kepala) menjadi diameter *suboksipito-bregmatikus* (belakang kepala). Dengan majunya kepala → *fleksi* bertambah → ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter *suboksipito bregmatika* menggantikan *suboksipito frontalis*).

d. Putaran Paksi Dalam

Selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun – ubun kecil kearah depan (kebawah *simfisis pubis*), membawa kepala melewati *distansia interspinarum* dengan diameter *biparietalis*. Perputaran kepala (punduk) dari samping ke depan atau ke arah *posterior* disebabkan: ada *his* selaku tenaga/ gaya pemutar dan ada dasar panggul beserta otot – otot dasar panggul selaku tahanan. Sebab – sebab putara paksi dalam: pada letak *fleksi* → bagian belakang kepala merupakan bagian terendah, bagian terendah mencari tahanan paling sedikit yaitu di depan atas (terdapat *hiatus genitalis*), ukuran terbesar pada bidang tengah panggul → diameter *anteroposterior*.

e. Ekstensi

Dengan *kontraksi* perut yang benar dan *adekuat* kepala makin turun dan menyebabkan *perineum distensi*. Pada saat ini puncak kaepala berada di *simfisis* dan dalam keadaan begini *kontraksi* perut ibu yang kuat mendorong kepala *ekspulsi* dan melewati *introitus vaginae*. *Ekstensi* terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi *ekstensi*

setelah *oksiput* melewati bawah *simfisis pubis* bagian *posterior*, lahir berturut – turut : oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

f. Putar Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan *torsi* pada leher yang terjadi karena *putaran paksi dalam* selanjutnya putaran diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan *tuber ischiadicum*.

g. Ekspulsi

Setelah *putaran paksi luar* → bahu depan dibawah *simfisis* menjadi *hipomoklion* kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak : badan (*toraks, abdomen*) dan lengan, pinggul/*trokanter* depan dan belakang, tungkai dan kaki.

2.3.1.4 Tahapan persalinan

a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung mulai pembukaan 0 cm sampai dengan 10 cm (lengkap). Kala I dimulai sejak terjadinya *kontraksi uterus* teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga *serviks* membuka lengkap.

Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu :

1) *Fase laten*

- a) Dimulai sejak awal *kontraksi* yang menyebabkan penipisan dan pembukaan *serviks* secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga *serviks* membuka kurang dari 4 cm
- c) Pada umumnya *fase laten* berlangsung hamper atau hingga 8 jam.

d) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih antara 20-30 detik(Johariyah,2012)

2) *Fase aktif*

a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)

b) Dari pembukaan 4 cm sampai dengan 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (*nullipara* atau *primigravida*) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara.

c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin

Fase aktif dibagi 3 fase :

a) Fase *akselerasi* : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase *dilatasimaksimal* : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase *deselerasi* : pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap)

(Johariah,2012).

3) Asuhan pada kala I :

a) Berilah dukungan dan yakinkan dirinya.

b) Berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan.

c) Dengarkan keluhanya dan cobalah untuk lebih sensitive terhadap perasaanya.

d) Lakukan perubahan posisi

- e) Posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu ditempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring kiri
 - f) Sarankan ia untuk berjalan
 - g) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijit atau menggosok punggungnya.
 - h) Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya
 - i) Ajarkan kepada ibu teknis bernafas.
 - j) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan
 - k) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluanya setelah BAK dan BAB
 - l) Berikan cakup minum untuk mencegah dehidrasi
 - m) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin
- (Marmi,2012).

b. Kala II

Kala II adalah Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Lama kelahiran kala II pada *primigravida* 2 jam dan pada *multigravida* 1 jam.

Asuhanpada kala II adalah :

- 1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- 2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan.

- 3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - 4) Membuat hati ibu merasa tentram selama kala II persalinan.
 - 5) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada *his*.
 - 6) *Pencegahan infeksi* pada kala II dengan membersihkan *vulva* dan *perineum* ibu .
 - 7) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.
- c. Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya *plasenta/uri*. Rata-rata lamanya berkisar 15-30 menit (tidak lebih dari 30 menit), baik *primipara* dan *multipara*.

- 1) Asuhan pada kala III
 - a) Memberikan kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
 - b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
 - c) *Pencegahan infeksi* pada kala III
 - d) Memantau keadaan ibu (*Tanda-tanda vital, kontraksi, perdarahan*)
 - e) Melakukan *kolaborasi atau rujukan* bila terjadi *keawatdaruratan*.
 - f) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

(Marmi,2012)

d. Kala IV

Kala IV dimulai setelah *plasenta* lahir, ibu sudah dalam keadaan aman dan nyaman dan akan dilakukan pemantauan selama 2 jam. Penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pasca persalinan.

Selama 2 jam pertama pasca persalinan :

- 1) Pemeriksaan *tanda-tanda vital*,
- 2) *Kontraksi uterus*.
- 3) Pantau *temperatur* tubuh.
- 4) Nilai *perdarahan*.
- 5) Ajarkan ibu untuk melakukan *massase uterus* jika *uterus* lembek.
- 6) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayinya.
- 7) Jangan gunakan kain pembebat perut selama 2 jam pasca persalinan atau sampai kondisi ibu sudah stabil

(Johariyah,2012).

2.3.1.5 Langkah-langkah *Asuhan Persalinan Normal*, standar 60 langkah *Asuhan Persalian Normal*, Berdasarkan Buku Acuan Pelatihan *Asuhan Persalinan Normal* (2012) standar 60 langkah APN sebagai berikut :

Tabel 2.5 Standar 60 Langkah APN

NO	KEGIATAN
I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II	
1.	a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat padarektum dan vagina c. <i>Perineum</i> menonjol d. <i>Vulva-vagina</i> dan <i>springter ani</i> membuka
II. menyiapkan Pertolongan Persalinan	
2.	Memastikan perlengkapan,bahan,dan obat-obatan <i>esensial</i> siap digunakan. Mematahkan ampul <i>oxytocin</i> 10 unit dan menempatkan tabung suntik <i>steril</i> sekali pakai di dalam <i>partus set</i> .
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik,topi,masker,kacamata,sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku,mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau <i>steril</i> untuk pemeriksaan dalam.
6	Memasukkan <i>oksitosin</i> kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau <i>steril</i>) dan meletakkan kembali di <i>partus set/wadah</i> DTT atau <i>steril</i> tanpa <i>mendekontaminasi</i> tabung suntik.
III.Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik	
7.	Membersihkan <i>vulva</i> dan <i>perineum</i> ,menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan

	menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air <i>disinfeksi tingkat tinggi</i> . Jika <i>mulut vagina, perineum</i> atau anus <i>terkontaminasi</i> oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang <i>terkontaminasi</i> dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika <i>terkontaminasi</i> .
8	Dengan menggunakan teknik <i>aseptic</i> , melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan <i>serviks</i> sudah lengkap. Bila <i>selaput ketuban</i> belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan <i>amniotomi</i>
9.	<i>Mendekontaminasi</i> sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan <i>klorin</i> 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah <i>kontraksi</i> berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180x/menit) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
IV. Menyiapkan Ibu & keluarga untuk membantu proses pimpinan persalinan	
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada

	anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12.	Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran : <ul style="list-style-type: none"> - Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. - Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran - Anjurkan ibu beristirahat di antara <i>kontraksi</i> - Berikan asupan cairan <i>peroral</i>
14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan,jongkok,atau mengambil posisi yang aman.Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit.
V. Persiapan Pertolongan Persalinan	
15.	Jika kepala bayi telah membuka <i>vulva</i> dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian,di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set.
18.	Memakai sarung tangan DTT atau <i>steril</i> pada kedua tangan.
VI. Menolong Kelahiran Bayi	
19.	Saat kepala bayi membuka <i>vulva</i> dengan <i>diameter</i> 5-6 cm,lindungi <i>perineum</i> dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi,letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak

	<p>menghambat pada kepala bayi,membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.</p> <p>Dengan lembut menyeka muka,mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih</p>
20.	<p>Memeriksa lilitan tali pusat</p> <p>a. Jika tali pusat melilit leher <i>janin</i> dengan longgar,lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</p> <p>b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat,mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.</p>
21.	<p>Menunggu hingga kepala bayi <i>melakukan putaran paksi luar</i> secara spontan.</p>
22.	<p>Setelah kepala melakukan <i>putaran paksi luar</i>,tempatkankedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat <i>kontraksi</i> berikutnya.Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu <i>anterior</i> muncul di bawah <i>arkus pubis</i> dan kemudian denganlembut menarik kearah atas luar untuk melahirkan bahu <i>posterior</i>.</p>
23.	<p>Setelah kedua bahu dilahirkan,menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah <i>perineum</i> tangan, membiarkan bahu dan lengan <i>posterior</i> lahir ke tangan tersebut.Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati <i>perineum</i>,gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.Menggunakan tangan <i>anterior</i> (bagian</p>

	atas) untuk mengendalikan siku dan tangan <i>anterior</i> bayi saat keduanya lahir.
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir,telusuri tangan yang ada di atas (<i>anterior</i>) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki.
VII. Penanganan Bayi Baru Lahir	
25.	Menilai bayi dengan cepat,kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek,letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
26.	Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi menggunakan topi.
27.	Melakukan <i>palpasi abdomen</i> untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
28.	Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik <i>oksitosin</i>
29.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi,memberikan suntikan <i>oksitosin</i> 10 unit,IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar,setelah <i>mengaspirasinya</i> terlebih dahulu.
30.	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi.Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu)
31	Memegang tali pusat dengan satu tangan,melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI.
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan <i>perineum</i> .
34.	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang <i>pubis</i> , dan gunakan tangan ini untuk melakukan <i>palpasi kontraksi</i> dan menstabilkan <i>uterus</i> . Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35.	Menunggu <i>uterus berkontraksi</i> dan kemudian melakukan peregangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah <i>uterus</i> dengan cara menekan <i>uterus</i> kearah atas dan belakang (<i>Dorsokraniel</i>) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya <i>inversionuteri</i> . Jika <i>plasenta</i> tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga <i>kontraksi</i> berikut mulai. Jika <i>uterus</i> tidak <i>berkontraksi</i> , meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.
36.	Setelah <i>plasenta</i> terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti <i>kurve</i> jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada <i>uterus</i> . a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari <i>vulva</i> . b. Jika <i>plasenta</i> tidak lepas setelah melakukan

	peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian <i>oksitosin</i> 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik <i>aseptic</i> jika perlu.
37.	Jika <i>plasenta</i> terlihat di <i>introitus vagina</i> , lanjutkan kelahiran <i>plasenta</i> dengan menggunakan kedua tangan. Memegang <i>plasenta</i> dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar <i>plasenta</i> hingga <i>selaput ketuban</i> terpinil. Dengan lembut perlahan lahirkan <i>selaput ketuban</i> tersebut.
38.	Segera setelah <i>plasenta</i> dan <i>selaput ketuban</i> lahir, melakukan <i>massase uterus</i> , meletakkan telapak tangan di <i>fundus</i> dan melakukan <i>massase</i> dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga <i>uterus berkontraksi</i> (<i>fundus</i> menjadi keras).
VIII. Menilai Perdarahan	
39.	Memeriksa kedua sisi <i>plasenta</i> baik yang menempel ke ibu maupun <i>janin</i> dan <i>selaput ketuban</i> untuk memastikan bahwa <i>selaput ketuban</i> lengkap dan utuh.
40.	Mengevaluasi adanya <i>laserasi</i> pada <i>vagina</i> dan <i>perineum</i> dan segera menjahit <i>laserasi</i> yang mengalami <i>perdarahan</i> aktif.
41.	Menilai ulang <i>uterus</i> dan memastikannya <i>berkontraksi</i> dengan baik.
42.	<i>Mendekontaminasi</i> sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik

	serta merendamnya di dalam larutan <i>klorin</i> 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
IX. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan.	
43.	Melanjutkan pemantauan <i>kontraksi uterus</i> dan <i>perdarahan</i> serta cek kandung kemih.
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan <i>massase uterus</i> dan memeriksa <i>kontraksi uterus</i> .
45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, <i>nadi</i> , <i>suhu</i> dan <i>respirasi</i> setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan <i>klorin</i> 0,5% untuk <i>dekontaminasi</i> (10 menit).Mencuci dan membilas semua peralatan setelah <i>dekontaminasi</i> .
49.	Membuang bahan-bahan yang <i>terkontaminasi</i> ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air <i>DTT</i> .Membersihkan cairan <i>ketuban</i> ,lendir, darah.Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman,membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang

	diinginkan.
52.	<i>Mendekontaminasi</i> daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan <i>klorin</i> 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan <i>klorin</i> 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan <i>klorin</i> 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/ <i>DTT</i> untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
56.	Dalam satu jam pertama, beri <i>salep mata</i> , <i>vitamin K1</i> mg <i>IM</i> dipaha kiri bawah <i>lateral</i> , pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian <i>vit K</i> berikan suntikan immunisasi <i>Hepatitis B</i> dipaha kanan bawah <i>lateral</i> . Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan <i>klorin</i> 0,5 % selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
60.	Lengkapi <i>partograf</i>

(Sumber: JNPK –KR 2012)

2.3.1.6 Penatalaksanaan kala III

Penatalaksanaan kala III yang tepat dan cepat merupakan salah satu cara terbaik untuk menurunkan angka kematian ibu.

a. Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III mengupayakan kontraksi yang adekuat dari uterus dan mempersingkat waktu kala III, mengurangi jumlah kehilangan darah menurunkan angka kejadian retensio plasenta..

Tiga langkah utama manajemen aktif kala III yaitu; pemberian suntikan *oksitosin/uterotonika* segera mungkin, melakukan peregangan tali pusat secara terkendali (PTT), rangsang taktil pada dinding uterus atau fundus uteri.

2.3.1.7 Asuhan persalinan kala IV

a. Kala IV persalinan dimaksudkan untuk melakukan *observasi* karena perdarahan *post partum* paling sering terjadi pada 2 jam pertama observasi yang dilakukan meliputi:

- 1) pantau tekanan darah, nadi, tinggi *fundus uteri*, *kontraksi uterus*, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala IV. Pantau suhu tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
- 2) Nilai perdarahan, Periksa *perineum* dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala IV.
- 3) *Massase uterus* untuk membuat *kontraksi uterus* menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua.

b. Asuhan dan pemantauan kala IV

- 1) Lakukan rangsangan taktil *uterus* untuk merangsang *uterus berkontraksi* baik dan kuat
- 2) Evaluasi tinggi *fundus* dengan meletakkan jari tangan dan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya *fundus uteri* setinggi pusat atau beberapa jari diatas pusat. Sebagai contoh, hasil pemeriksaan ditulis : “dua jari dibawah pusat”
- 3) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- 4) periksa kemungkinan perdarahandan robekan
- 5) Evaluasi keadaan umum ibu
- 6) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV dibelakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

2.3.1.8 *Partograf*

Adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Tujuan utama dari penggunaan *patograf* adalah untuk :

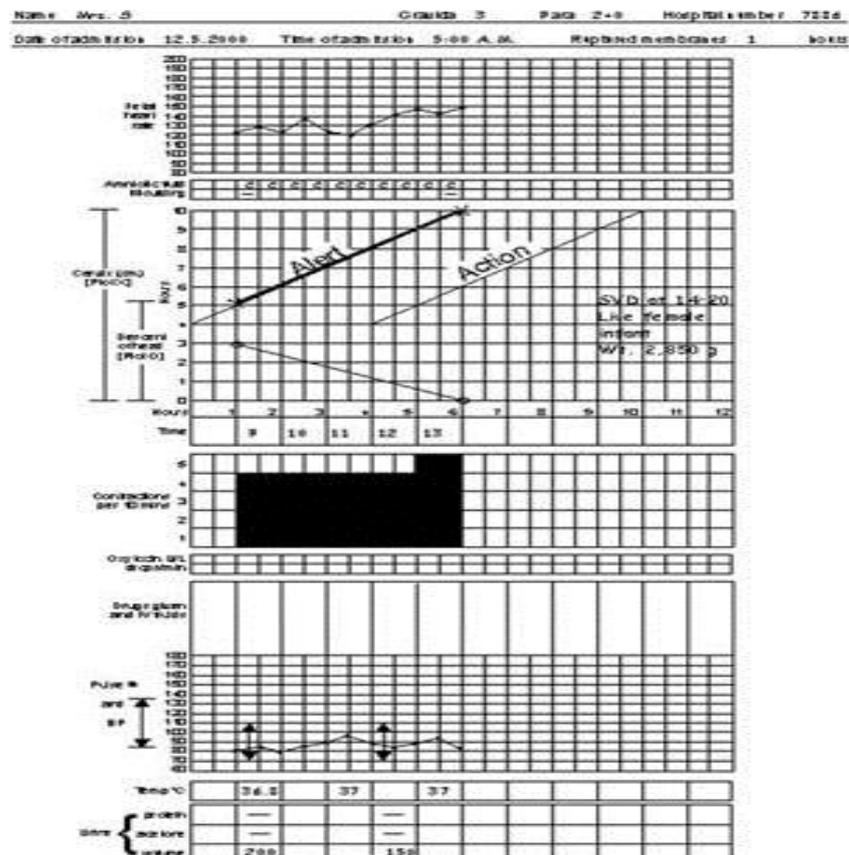
- a. Mencatat hasil *observasi* dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan *serviks* melalui periksa dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan *medikamentosa* yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua

itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam ibu bersalin dan Bayi Baru Lahir.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, *patograf* akan membantu penolong persalinan untuk:

- 1) Mencatat kemajuan persalinan.
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- 5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

(Sarwono, 2014).



(Sumber: JNPK –KR 2012)

d. *Partograf* harus digunakan

- 1) Untuk semua ibu dalam *fase aktif* kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. *Partograf* harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun *patologis*.
- 2) *Partograf* sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (Puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain)
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.
(Johariyah, 2012 hal:81)
- 4) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya *partus*.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Sondakh, 2013).

وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ
وَالْأَفْئِدَةَ ۗ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ

Artinya :

Dan Allah mengeluarkan kamu dari perut ibumu dalam keadaan tidak mengetahui sesuatupun, dan Dia memberi kamu pendengaran, penglihatan dan hati, agar kamu bersyukur.

Allah mengeluarkan diri kalian dari dalam perut ibu dalam keadaan tidak mengenal sedikit pun apa yang ada di sekeliling kalian. Kemudian Allah memberi kalian pendengaran, penglihatan dan mata hati sebagai bekal mencari ilmu pengetahuan, agar kalian beriman kepada-Nya atas dasar keyakinan dan bersyukur atas segala karunia-Nya(1). (1) Ilmu kedokteran modern membuktikan bahwa indera pendengaran mulai tumbuh pada diri seorang bayi pada usia relatif dini, pada pekan-pekan pertama. Sedangkan indera penglihatan mulai dimiliki bayi pada bulan ketiga dan menjadi sempurna menginjak bulan keenam. Sedangkan kemampuan mata hati yang berfungsi membedakan yang baik dan buruk datang sesudah itu. Urutan penyebutan beberapa indera pada ayat di atas mencerminkan tahap perkembangan fungsi indera tersebut.

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

- 2.4.2.1 Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram
- 2.4.2.2 Panjang badan bayi 48-50 cm
- 2.4.2.3 Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 2.4.2.4 Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- 2.4.2.5 Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 x/menit, kemudian turun sampai 140-120 x/menit pada saat bayi berumur 30 menit
- 2.4.2.6 Pernafasan cepat pada menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan *cuping hidung*, *retraksisupresternal* dan *interkostal*, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit
- 2.4.2.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan *subcutan* cukup terbentuk dan dilapisi *verniks kaseosa*.
- 2.4.2.8 Rambut *lanugo* telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
- 2.4.2.9 Kuku telah agak panjang dan lemas
- 2.4.2.10 Genetalia: *testis* sudah turun (pada bayi laki-laki) dan *labia mayora* telah menutupi *labiya minora* (bayi perempuan)
- 2.4.2.11 Refleks hisap, menelan, dan *morro* telah terbentuk
- 2.4.2.12 *Eliminasi, urine* dan *mekonium* normalnya keluar pada 24 jam pertama. *Mekonium* memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013).

2.4.3 Tanda Bahaya Baru Baru Lahir

2.4.3.1 Pernapasan sulit atau $> 60x/\text{menit}$, Terlalu hangat ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$), Kulit bayi pucat, atau memar.

2.4.3.2 Isapan saat menyusu lemah, rewel, muntah.

2.4.3.3 Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan berbau busuk, berdarah.

2.4.3.4 Tidak BAB dalam tiga hari, tidak BAK dalam 24 jam. *Feses* lembek, atau cair, terdapat lendir atau berdarah.

2.4.3.5 Mengigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, hingga tidak tenang.

(Deslidel, 2012).

2.6.1 *Bounding Atteachment*

2.4.3.6 Pengertian

Bounding Attachment kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada kala III sampai dengan *post partum* (Marmi, 2012).

2.6.2 Kunjungan neonatal menurut (Karwati *et al*, 2011).

2.4.3.7 Kunjungan *Neonatal* ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.

2.4.3.8 Kunjungan *Neonatal* ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.

2.4.3.9 Kunjungan *Neonatal* ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir..

2.4.4 Inisiasi Menyusu Dini

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu-anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi langsung diletakkan di dada ibunya sebelum bayinya di bersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam antara ibu dan anak (Rukiyah, 2010).

Pada jam pertama si bayi menemukan payudara ibunya, ini adalah awal hubungan menyusui yang berkelanjutan dalam kehidupan antara ibu dan bayi menyusui.

Tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini, yaitu:

- 2.4.4.1 Anjurkan suami atau keluarga mendampingi saat melahirkan
- 2.4.4.2 Hindari penggunaan obat *kimiawi* dalam persalinan
- 2.4.4.3 Segera keringkan bayi tanpa menghilangkan lapisan lemak putih
- 2.4.4.4 Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju, tengkurapkan bayi di dada ibu atau perut ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan bayi dan kemudian selimuti keduanya agar tidak kedinginan
- 2.4.4.5 Anjurkan ibu memberikan sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting
- 2.4.4.6 Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibunya
- 2.4.4.7 Biarkan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu maksimal satu jam walaupun proses menyusui telah terjadi
- 2.4.4.8 Tunda tindakan lain seperti menimbang, mengukur, dan memberikan suntikan *vitamin K1* sampai proses menyusui pertama selsesai
- 2.4.4.9 Proses menyusui dini dan kontak kulit ibu dan bayi harus diupayakan meskipun ibu melahirkan dengan cara operasi dengan tindakan lain, Berikan ASI saja tanpa minum atau cairan lain, kecuali ada indikasi medis yang jelas.

(Rukiyah, 2010).

2.4.5 Refleks Bayi Baru Lahir

Refleks adalah gerakan naluriah untuk melindungi bayi

- 2.4.5.1 Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.5.2 Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.5.3 Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.5.4 Refleks *grapsing* (menggenggam) sudah baik.(Vivian,2011)

2.4.6 Merawat tali pusat

- 2.4.6.1 Setelah *plasenta* dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitan *klem plastic* tali pusat pada puntung tali pusat.
- 2.4.6.2 Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan clorin 0.5%.
- 2.4.6.3 Bilas tangan dengan air matang
- 2.4.6.4 Keringkan tangan dengan handuk kering dan bersih
- 2.4.6.5 Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang *desinfeksi tingkat tinggi*.
- 2.4.6.6 Jika menggunakan benang tali pusat lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat dengan sisi yang berlawanan.(Johariyah,2012).

2.4.7 Pemberian Vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K₁ injeksi 1 mg *intramuskuler* di paha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Johariyah, 2012).

2.4.8 Pemberian Imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah *infeksi hepatitis B* terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Terdapat 2 jadwal pemberian *imunisasi hepatitis B*. Jadwal pertama *imunisasi Hepatitis B* sebanyak 3 kali, yaitu usia 0 (segera setelah lahir menggunakan *unijet*), 1 dan 6 bulan. Jadwal kedua, *imunisasi Hepatitis B* sebanyak 4 kali, yaitu pada usia 0, dan *DPT + Hepatitis B* pada 2,3 dan 4 bulan usia bayi. Pemberian imunisasi *HB 0* adalah dilakukan satu jam setelah pemberian *vitamin K1* dilakukan. Penyuntikan dilakukan secara *intramuskuler* di sepertiga paha kanan atas bagian luar (Johariyah,2012).

2.4.9 Pencegahan Infeksi Mata

Tetes mata untuk *pencegahan infeksi* mata di berikan setelah proses *IMD* dan bayi selesai menyusui. *Pencegah infeksi* mata tersebut mengandung *tetrasiklin*1% atau antibiotika lain. Upaya pecegahan infeksi mata kurang efektif jika di berikan >1 jam setelah kelahiran (Johariyah, 2012).

2.5 Konsep Dasar Asuhan Masa Nifas

2.5.1 Pengertian Masa Nifas

Masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya *plasenta* sampai 6 minggu Setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran *plasenta* dan berakhir ketika alat alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira kira 6 minggu. Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu minggu berikutnya pada waktu saluran *reproduksi* kembali kekeadaan tidak hamil yang normal. Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu (Marmi, 2017).

2.5.2 Tujuan

Tujuan Asuhan Masa Nifas menurut Marmi (2017):

- 2.5.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayi *fisik dan psikologi*
- 2.5.2.2 Melaksanakan *skrining yang komprehensif* dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan
- 2.5.2.3 Memberi pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian *imunisasi* pada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- 2.5.2.4 Memberikan Pelayanan Keluarga Berencana
- 2.5.2.5 Mendapatkan Kesehatan Emosional

2.5.3 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi tiga periode (Kemenkes RI, 2015), yaitu :

- 2.5.3.1 Periode pasca salin segera (*immediate postpartum*) 0 – 24 jam
- 2.5.3.2 Periode pasca salin awal (*early post partum*) 24 jam – 1 minggu
- 2.5.3.3 Periode pasca salin lanjut (*late postpartum*) 1 minggu – 6 minggu.

2.5.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

2.5.4.1 Perubahan Sistem Reproduksi

a. *Involusio*

Suatu proses dimana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah *plasenta* lahir akibat *kontraksi* otot-otot polos *uterus*.

Pada akhir kala III persalinan, *uterus* berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah *umbilicus* dengan bagian *fundus* bersandar pada *promontoriumsakralis*. Pada saat ini besar *uterus* kira-kira sama dengan besar

uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram.

Tabel 2.6 Perubahan *Uterus* Masa Nifas

<i>Involusi Uteri</i>	<i>Tinggi Fundus Uteri</i>	Berat <i>Uterus</i>	Diameter <i>Uterus</i>	<i>Palpasi cervik</i>
<i>Plasenta</i> lahir	Setinggi Pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan <i>shymphisis</i>	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

(Sumber: Marmi, 2017).

b. *Serviks*

Serviks mengalami *involusi* bersama dengan *uterus*. Warnaserviks sendiri, merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. *konsistensinya* lunak, kadang-kadang terdapat *laserasi* atau perluaan kecil. karena robekan kecil yang terajadi selama *dilatasi*, *serviks* tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

c. *Vulva dan Vagina*

Vulva dan *vagina* mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu *postpartum*.

2.5.4.2 *Lochea*

- a. *Lochea rubra* muncul pada hari 1-3 pasca persalinan, berwarna merah mengandung darah dari robekan atau luka pada *plasenta* dan serabut dari *chorin* terdiri dari *sel*

desidua, *verniks caseosa*, rambut *lanugo*, sisa *mekonium* dan sisa darah.

- b. *Lochea sanguilenta* muncul pada hari ke-3-7 pasca persalinan, berwarna merah kuning dan berisi darah lendir.
- c. *Lochea serosa* muncul pada hari 7-14 pasca persalinan berwarna kekuningan atau kecoklatan .
- d. *Lochea alba* muncul sejak 2-6 minggu pasca persalinan berwarna putih kekuningan mengandung *leukosit*, *selaput lendir serviks* dan serabut jaringan yang mati.
- e. *Lochea purulenta*, terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk
- f. *Lochiostatis*, *lochea* yang tidak lancar keluaranya.

Tabel 2.7 Kunjungan Asuhan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Membrikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas atau <i>atonia uteri</i>. d. Pemberian ASI awal. e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hipotermia</i>.

		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan <i>invovusi uterus</i> berjalan normal: <i>uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus</i>, tidak ada <i>perdarahan abnormal</i>, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, <i>infeksi</i> atau perdarahan <i>abnormal</i>. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda <i>penyulit</i>. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Asuhan pada 2 minggu <i>post partum</i> sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(Sumber: Marmi, 2017).

2.6 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

2.6.3 Kontrasepsi Pasca Persalinan

1. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara ataupun bersifat permanen (Mulyani *et al*, 2013).

2. Pengertian Kontrasepsi Pasca Persalinan

Kontrasepsi pasca persalinan merupakan inisiasi pemakaian metode kontrasepsi dalam waktu 6 minggu pertama pasca persalinan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, khususnya pada 1-2 tahun pertama pasca persalinan (Mulyani *et al*, 2013).

3. Konseling Metode Laktasi

Adapun konseling yang dianjurkan pada pasien pascapersalinan yaitu:

- a. Memberi ASI eksklusif kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan.
- b. Sesudah bayi berusia 6 bulan diberikan makanan pendamping ASI, dengan pemberian ASI diteruskan sampai anak berusia 2 tahun.
- c. Tidak menghentikan ASI untuk memulai suatu metode kontrasepsi.
- d. Metode kontrasepsi pada pasien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI atau kesehatan bayi.

Sebenarnya, pada wanita pasca persalinan kemungkinan untuk hamil akan menjadi lebih kecil jika mereka terus menyusui setelah melahirkan. Meskipun laktasi dapat membantu mencegah kehamilan, akan tetapi suatu saat ovulasi tetap akan terjadi. Ovulasi dapat mendahului menstruasi pertama pasca persalinan dan pembuahan pun akan dapat terjadi. Pemilihan metode kontrasepsi untuk ibu pasca persalinan perlu dipertimbangkan dengan baik, sehingga tidak mengganggu proses laktasi dan kesehatan bayinya

(Mulyani *et al*, 2013).

Selain metode laktasi ada beberapa metode yang bisa digunakan, yaitu:

1. Kontrasepsi Non Hormonal

Semua metode kontrasepsi non hormonal dapat digunakan oleh semua ibu-ibu dalam masa menyusui. Metode ini menjadi pilihan utama dari berbagai jenis kontrasepsi yang ada karena tidak mengganggu proses laktasi dan tidak berisiko terhadap tumbuh kembang bayi. Metode kontrasepsi non hormonal yang ada meliputi: metode laktasi amenorhea (LAM/ *Lactational amenorrhea Method*), kondom, spermisida, diafragma, alat kontrasepsi dalam rahim atau IUD, pantang berkala dan kontrasepsi mantap (*tubektomi* atau *vasektomi*).

Pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR atau IUD) dapat dilakukan segera setelah proses persalinan atau dalam waktu 48 jam pasca persalinan. Jika lewat dari waktu tersebut, maka pemakaian AKDR akan ditunda hingga 6-8 minggu kemudian oleh karena risiko perforasi atau ekspulsi lebih besar jika pemasangan AKDR dilakukan pada minggu ke 2-6 persalianan .

Kontrasepsi mantap (*tubektomi* atau *vasektomi*) dapat dianggap sebagai metode kontrasepsi yang tidak reversibel. Metode ini mengakibatkan yang bersangkutan tidak dapat hamil atau tidak dapat menyebabkan kehamilan lagi, sehingga metode ini lebih digunakan bagi pasangan yang memiliki cukup anak dan tidak menginginkan untuk menambah jumlah anak lagi (Mulyani *et al*, 2013).

2. Kontrasepsi Hormonal

Pemakaian kontrasepsi hormonal dipilih yang berisi progestin saja, sehingga dapat digunakan untuk wanita dalam masa laktasi karena tidak mengganggu produksi ASI serta tumbuh kembang

bayi. Metode ini bekerja dengan menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, menghalangi implantasi ovum pada endometrium dan menurunkan kecepatan transportasi ovum di tuba.

Suntikan progestin dan mini pil dapat diberikan sebelum pasien meninggalkan rumah sakit atau BPM (Bidan Praktik Mandiri) pasca bersalin, yaitu sebaiknya sesudah ASI terbentuk, kira-kira hari ke 3-5. Untuk wanita pasca bersalin yang tidak menyusui, semua jenis metode kontrasepsi dapat digunakan kecuali MAL. Waktu pemakaian kontrasepsi tergantung dari jenis metode yang digunakan. AKDR, kontrasepsi mantap dan suntik perogestin dapat diberikan segera setelah persalinan. Pemakaian kontrasepsi hormonal yang berisi kombinasi estrogen dan progesteron harus ditunda hingga 3 minggu setelah persalinan untuk mencegah terjadinya risiko gangguan pembekuan darah.

Namun demikian, perlu diingat bahwa tidak ada satu pun metode kontrasepsi yang memiliki efektifitas 100%. Untuk itu pengetahuan yang baik diperlukan sebelum memilih dan menggunakan metode kontrasepsi tertentu. Disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter, bidan atau tenaga kesehatan yang mengetahui tentang metode kontrasepsi (Mulyani *et al*, 2013).

4. Kontrasepsi Suntik Progestin

Adalah suatu sintesa progestin yang mempunyai efek progestin asli dari dalam tubuh wanita dan merupakan suspensi steril medroxy progesterone asetat dalam air, yang mengandung progesterone asetat 150 mg. Kontrasepsi ini telah dipakai lebih dari 90 negara, telah digunakan selama kurang lebih 20 tahun dan sampai ini akseptornya berjumlah kira-kira 5 juta wanita (Marmi, 2016).

Tersedia 2 jenis suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- a. Depoprovera, mengandung 150 mg DMPA (*Depo Medroxi Progesteron Asetat*), yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular.
- b. Depo Noristerat, mengandung 200 mg Noretindron Enantat, yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

1) Cara kerja

- a) Mencegah ovulasi. Bekerja dengan cara menghalangi pengeluaran FSH dan LH, sehingga tidak terjadi pelepasan ovum.
- b) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, karena sperma sulit menembus kanalis servikalis.
- c) Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu.
- d) Menghambat transportasi gamet karena terjadi perubahan peristaltik tuba falopi.

2) Efektivitas

Kontrasepsi suntik progestin memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan pertahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. Tingginya minat pemakaian alat kontrasepsi ini oleh karena murah, aman, sederhana, efektif dan dapat dipakai pasca persalinan (Marmi, 2016).

3) Keuntungan

Keuntungan KB suntik 3 bulan menurut Marmi (2016), yaitu:

- a) Sangat efektif
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
 - e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
 - f) Klien tidak perlu menyimpan seperti pil
 - g) Dapat digunakan oleh perempuan >35 tahun sampai perimenopause
 - h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
 - i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
 - j) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
 - k) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*)
- 4) Kerugian
- Kerugian KB suntik 3 bulan menurut Marmi (2016), yaitu:
- a) Sering ditemukan gangguan haid
 - b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
 - c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
 - d) Permasalahan kenaikan berat badan merupakan efek samping tersering
 - e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B maupun HIV
 - f) Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian
 - g) Terjadinya perubahan lipid serum pada penggunaan jangka panjang
 - h) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, nervositas dan jerawat

5) Indikasi

Indikasi KB suntik 3 bulan menurut Marmi (2016), yaitu:

- a) Usia reproduksi
- b) Setelah melahirkan
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- e) Setelah abortus atau keguguran
- f) Telah banyak anak tapi belum menghendaki tubektomi
- g) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- h) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen
- i) Anemia defisiensi besi
- j) Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit
- k) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiurat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)
- l) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

6) Kontraindikasi

Kontraindikasi KB suntik 3 bulan menurut Marmi (2016), yaitu:

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi.

7) Efek samping

Efek samping KB suntik 3 bulan menurut Marmi (2016), yaitu:

- a) Gangguan haid (ini paling sering terjadi)
 - b) Sakit kepala
 - c) Penambahan berat badan
 - d) Keputihan
 - e) Pada sistem kardio-vaskuler efeknya sangat sedikit, mungkin ada sedikit peningkatan dari kadar insulin dan penurunan HDL-Kolesterol
 - f) Galaktorea (pengeluaran ASI yang berlebihan)
 - g) Pusing dan mual
 - h) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi
- 8) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik progestin
- Menurut teori Marmi (2016), waktu boleh menggunakan kontrasepsi yaitu:
- a) Setiap saat selama siklus haid selama akseptor tidak hamil
 - b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
 - c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
 - d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang
 - e) Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi suntikan jenis lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan mulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya

f) Kapan suntikan KB dapat diberikan

a) Pasca persalinan

Segera ketika masih dirumah sakit dan jadwal suntikan berikutnya.

b) Pasca abortus

Segera setelah perawatan dan jadwal waktu suntikan dipertimbangkan

c) Interval

Segera setelah perawatan, jadwal diperhitungkan

9) Cara penggunaan

Kontrasepsi suntik progestin diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular dalam didaerah pantat. Apabila suntikan ini diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif (Marmi, 2016).