

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Kehamilan Fisiologis

2.1.1 Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2009).

Asuhan kehamilan adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetriik untuk optimalisasi luaran maternal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Saifuddin, 2009).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa asuhan kehamilan adalah asuhan yang diberikan untuk mengoptimalkan pemantauan rutin pada ibu dan janin pada masa kehamilan.

2.1.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

Adapun tujuan asuhan kehamilan menurut Rismalinda (2015) yaitu :

2.1.2.1 Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal.

2.1.2.2 Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan

2.1.2.3 Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta kemungkinan adanya komplikasi.

2.1.3 Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

Menurut Rismalinda (2015) adapun kunjungan Antenel Care adalah :

2.1.3.1 Kunjungan Antenatal Care minimal :

- a. Satu kali pada TM I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- b. Satu kali pada TM II (usia kehamilan 14-27 minggu).
- c. Dua kali pada TM III (usia kehamilan 28-40 minggu).

2.1.4 Pelayanan Standar Asuhan Kehamilan 17 T

Adapun pelayanan asuhan standar kehamilan menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) adalah :

Tabel 2.1 Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester I	Trimester II	Trimester III	Keterangan
1	Keadaan Umum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
2	Suhu Badan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
3	Tekanan Darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
4	Berat Badan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
5	LILA	<input type="checkbox"/>			Rutin
6	TFU		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
7	Presentasi Janin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
8	DJJ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
9	Pemeriksaan HB	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Rutin
10	Golongan Darah	<input type="checkbox"/>			Rutin
11	Protein Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin
12	Gula Darah/reduksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atas indikasi
13	Darah Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atas indikasi
14	BTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atas indikasi
15	Darah Sifilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atas indukasi
16	Serologi HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atas indikasi
17	USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atas indikasi

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2015)

2.1.5 Standar Asuhan Kehamilan

Standar asuhan kehamilan menurut Rismalinda (2015) adalah :

2.1.5.1 Standar 1 : Metode Asuhan

Asuhan kebidanan dilakukan dengan metode manajemen, kebidanan dengan langkah : Pengumpulan data dan analisis

data, penentuan diagnosa perencanaan evaluasi dan dokumentasi.

2.1.5.2 Standar 2 : Pengkajian

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis berkesinambungan. Data yang diperoleh dicatat dan dianalisis.

2.1.5.3 Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan teratur.

2.1.5.4 Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberi sedikitnya 4x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan selama untuk menilai apakah pembengkakan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS, (Penyakit Menular Seksual/infeksi HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*) : memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas, mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya

2.1.5.5 Standar 5 : Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk pemeriksaan usia kehamilan : serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin kedalam

rongga panggul, untuk mencari kelainan, serta melakukan rujukannya.

2.1.5.6 Standar 6 : Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.1.5.7 Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsi lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

2.1.5.8 Standar 8 : Pemeriksaan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

2.1.6 Kunjungan Awal

2.1.6.1 Anamnesa/Data Subjektif

Data-data yang dikumpulkan antara lain sebagai berikut :

- a. Identitas klien: nama, umur, ras/suku, gravid/para, alamat dan nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal anamnesa.
- b. Alasan datang : alasan wanita datang ketempat bidan/ klinik, yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri.
- c. Riwayat pernikahan
- d. Riwayat menstruasi
- e. Riwayat obstetri
 - 1) Gravida/ para

- 2) Tipe golongan darah
- 3) Kehamilan yang lalu
- f. Riwayat ginekologi
- g. Riwayat KB/ kontrasepsi
- h. Riwayat kehamilan sekarang meliputi gerakan janin kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan, masalah dan tanda-tanda bahaya, keluhan-keluhan lazim pada kehamilan, penggunaan obat-obatan.
- i. Riwayat kesehatan/ penyakit yang diderita sekarang dan dulu, tidak adanya masalah kardiovaskular, hipertensi, diabetes, malaria, PMS, HIV/AIDS, imunisasi TT.
- j. Riwayat sosial ekonomi yaitu status perkawinan, respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi dengan fokus pada vitamin A dan zat besi, kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, minum obat atau alkohol beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan.
- k. Riwayat seksual

2.1.6.2 Pemeriksaan Fisik/Data Objektif

Berikut ini adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan:

a. Pengukuran fisik/tanda-tanda vital

- 1) Pemeriksaan fisik
- 2) Berat badan
- 3) Tekanan darah

b. Inspeksi

Pada inspeksi, bidan mengkaji sesuai dengan apa yang dilihat, misalnya pada muka, terlihat pucat, edem atau cloasmagravidarum, pemeriksaan pada leher menilai adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid.

Pemeriksaan dada dan pigmentasi pada puting susu. pemeriksaan perut menilai pigmentasi linea alba serta ada tidaknya striae gravidarum. Pemeriksaan vulva menilai keadaan perineum ada tidaknya tanda chadwick dan adanya flour. Pemeriksaan ekstermitas untuk menilai ada tidaknya varises (Uliyah, 2011)

c. Palpasi

Palpasi janin menurut Manuver leopard, yaitu:

- 1) Manuver pertama, lengkungan jari-jari kedua tangan mengelilingi puncak fundus untuk menentukan bagian teratas janin dan tentukan apakah dan bokong atau kepala.
- 2) Manuver kedua, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi uterus dan tentukan bagian-bagian terkecil serta punggung janin.
- 3) Manuver ketiga, dengan ibu jari dan jari tengah satu tangan beri tekanan lambat tetapi dalam pada abdomen ibu, di atas simfisis pubis dan pegang bagian presentasi apakah kepala atau bokong.
- 4) Manuver keempat, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi uterus bagian bawah beri tekanan yang dalam dan gerakan ujung-jari ke arah pintu atas panggul dan tentukan apakah bagian terendah presentasi sudah masuk pintu atas panggul (Verney, 2010).

d. Auskultasi

Alat yang digunakan adalah stetoskop monokuler yang dapat mendengar denyut jantung janin pada umur kehamilan 18-20 minggu keatas. Denyut jantung janin nomor berkisar pada 120-160 kali permenit

e. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Urinalis
- 2) Pemeriksaan darah

2.1.7 Kunjungan Ulang

Menurut Rismalinda (2015) kunjungan ulang adalah yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama sampai memasuki persalinan. Biasanya kunjungan ulang dijadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28 minggu, selanjutnya setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 36 minggu dan seterusnya setiap minggu sampai masa persalinan. Akan tetapi jadwal kunjungan ini *flexible* dengan kunjungan minimal 4 kali. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada kunjungan ulang antara lain :

2.1.7.1 Ibu

- a. Tekanan darah
- b. Berat badan
- c. Tanda bahaya

2.1.7.2 Janin

- a. Denyut jantung janin (DJJ)
- b. Ukuran janin (taksiran berat janin)
- c. Aktivitas
- d. Kembar atau tunggal

2.1.7.3 Laboratorium

2.1.8 Ketidaknyamanan Pada Trimester I

Menurut Rismalinda (2015) ketidaknyamanan pada trimester I adalah :

2.1.8.1 Pusing/sakit kepala

Cara mengatasinya yaitu teknik relaksasi, massase leher dan otot bahu, penggunaan kompres panas

atau es pada leher, istirahat, mandi air hangat, terapi paracetamol.

2.1.8.2 Rasa lemah dan mudah lelah

Cara mengatasinya yaitu istirahat sesuai kebutuhan konsumsi menu seimbang untuk mencegah anemia, konsumsi suplemen zat besi, berbaring dengan kaki terangkat lebih tinggi dari jantung selama 15 menit, hindari obat-obatan yang tidak disarankan oleh dokter atau bidan, hindari asupan kafein yang berlebihan.

2.1.8.3 Mual dan muntah (morning sickness)

Cara mengatasinya yaitu hindari perut kosong atau penuh, hindari merokok atau asap rokok, makan-makanan tinggi karbohidrat, makan dengan porsi sedikit tapi sering, istirahat ditempat tidur sampai gejala mereda, segera konsulkan dengan tenaga kesehatan/bidan.

2.1.8.4 Pengeluaran air ludah berlebihan (ptyalism)

Cara mengatasinya yaitu menguyah atau mengisap permen karet untuk memberikan kenyamanan.

2.1.8.5 Keputihan

Cara mengatasinya yaitu jangan membilas bagian dalam vagina, gunakan pembalut wanita, jaga kebersihan alat kelamin, segera laporkan ke tenaga kesehatan jika terjadi gatal, bau busuk atau perubahan sifat dan warna.

2.1.9 Ketidaknyamanan pada Trimester II

Menurut Rismalinda (2015).

2.1.9.1 Varises pada kaki/vulva

Cara mengatasinya, tinggikan kaki sewaktu berbaring atau duduk, berbaring dengan posisi kaki di tinggikan kurang lebih 90 derajat beberapa kali sehari, jaga agar kaki jangan bersilangan, hindari berdiri atau duduk terlalu lama, istirahat dalam posisi berbaring miring.

2.1.11.2 Konstipasi

Cara mengatasinya yaitu istirahat cukup, senam, membiasakan BAB secara teratur, BAB segera setelah ada dorongan, terapi sesuai petunjuk dokter atau bidan.

2.1.9.3 Miksi sering (nocturia)

Cara mengatasinya yaitu tidak minum 2-3 jam sebelum tidur, kosongkan kandung kemih sesaat sebelum berangkat tidur, perbanyak minum pada siang hari agar kebutuhan cairan ibu tetap terpenuhi, jangan kurangi minum pada malam hari, batasi minum bahan seperti cola, kopi, teh.

2.1.9.4 Gas

Cara mengatasinya yaitu setiap pagi mengonsumsi minuman hangat, olah raga yang teratur,

2.1.9.5 Insomnia

Cara mengatasinya yaitu gunakan teknik relaksasi, mandi air hangat, minum-minuman hangat, melakukan aktivitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur, hindari obat-obatan tidur.

2.1.9.6 *Heart burn* (panas dalam perut)

Cara mengatasinya yaitu makan sedikit tapi sering, hindari makanan yang berlemak, hindari rokok, kopi, alkohol, hindari berbaring setelah makan, tidur dengan kaki ditinggikan, hindari obat antacid.

2.1.9.7 Nyeri ligamentum

Cara mengatasinya, tekuk lutut kearah abdomen, mandi air hangat, gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika didiagnosa lain tidak melarang, topang uterus dengan bantal di bawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring.

2.1.10 Ketidaknyamanan pada Trimester III Menurut Rismalinda (2015)

2.1.10.1 Buang air kecil yang sering

Cara meringankan/mengatasi buang air kecil yang sering adalah dengan mengosongkan kandung kencing saat terasa dorongan untuk buang air kecil (BAK), perbanyak minum pada siang hari dan batasi minum bahan diuretik seperti kopi, teh minuman bersoda.

2.1.10.2 Keputihan

Cara meringankan/mengatasi keputihan adalah dengan meningkatkan kebersihan personal hygiene, gunakan pakaian dalam yang terbuat dari bahan katun bukan nilon, jaga kebersihan dan kelembapan vagina.

2.1.10.2 Diare

Cara meringankan/ mengatasi adalah dengan cairan pengganti / rehidrasi oral, hindari makan berserat tinggi, buah-buahan atau sayur-sayuran dan laktosa, dan makan sedikit tapi sering untuk pemenuhan gizi ibu.

2.1.10.3 Pusing

Cara meringankan/mengatasi adalah jika sedang pada posisi berbarng, perhatikan cara bangun miringkan badan dan bangun secara perlahan, hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat sesak dan bila pusing terus-menerus, segera konsultasikan pada bidan/dokter.

2.1.10.4 Sesak nafas

Cara meringankan/mengatasi adalah dengan teknik pernapasan yang benar, posisi duduk dan berdiri yang sempurna, tidur dengan posisi setengah duduk, makan tidak terlalu banyak, bila mempunyai asma, konsultasikan dengan dokter dan hindari merokok.

2.1.10.5 Odema

Cara meringankan / mengatasi adalah berbaring dengan posisi miring kiri dengan kaki agak diangkat dan hindari kaos kaki atau celana yang ketat pada kaki.

2.1.10.6 Konstipasi

Cara meringankan/ mengatasi adalah dengan meningkatkan *intake* cairan atau serat, minum cairan dingin /panas ketika perut kosong, olahraga/ senam hamil, dan segera buang air besar (BAB) bila ada dorongan.

2.1.10.7 Nyeri punggung

Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesik, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan

bahu yang tegag, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang benar.

2.1.11 Anemia Pada Kehamilan

Anemia adalah suatu penyakit di mana kadar hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal. Anemia berbeda dengan tekanan darah rendah (Fadlun dan Ahmad, 2011).

Anemia adalah kondisi di mana berkurangnya sel-sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin sehingga tidak mampu memengaruhi fungsinya sebagai pembawa oksigen ke seluruh jaringan (Tarwoto dan Wasnidar, 2013).

2.1.11.1 Pengertian Anemia dalam Kehamilan

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar Hemoglobin di bawah 11gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Prawirohardjo, 2013).

2.1.11.2 Penyebab Anemia dalam Kehamilan

- a. Kurang gizi (malnutrisi)
- b. Kurang zat besi dalam diet
- c. Malabsorpsi
- d. Kehilangan darah banyak seperti persalinan yang lalu, haid dan lain-lain.
- e. Penyakit-penyakit kronik seperti TBC, paru, cacing usus, malaria dan dalain-lain.

2.1.11.3 Klasifikasi Anemia dalam Kehamilan

- a. Anemia Defisiensi Zat Besi

Anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah.

b. Anemia Megaloblastik

Anemia yang disebabkan oleh karena kekurangan asam folik, jarang sekali karena kekurangan vitamin B12.

c. Anemia Hipoplastik

Anemia yang disebabkan oleh hiofungsi sumsum tulang, membentuk sel darah merah baru.

d. Anemia Hemolitik

Anemia yang disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya.

2.1.11.4 Gejala Anemia selama Kehamilan

- a. Ibu mengeluh cepat lelah
- b. Sering pusing
- c. Mata berkunang-kunang
- d. Melaise
- e. Lidah luka
- f. Nafsu makan turun (anoreksia)
- g. Konsentrasi hilang
- h. Nafas pendek (pada anemia parah) dan
- i. Keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda

2.1.11.5 Resiko Anemia selama Kehamilan

- a. Bayi prematur atau berat lahir rendah
- b. Transfusi darah (jika kehilangan sejumlah besar darah selama persalinan)
- c. Depresi pasca melahirkan

2.1.11.6 Pencegahan Anemia pada Kehamilan

Untuk mencegah anemia selama kehamilan, pastikan wanita hamil mendapatkan cukup zat besi. Makanan makanan yang seimbang dan tambahkan lebih banyak makan yang tinggi zat besi ke dalam makanan.

Targetkan setidaknya tiga porsi sehari makanan kaya zat besi, seperti :

- a. Daging merah, unggas dan ikan
- b. Sayuran berdaun hijau gelap (seperti bayam, brokoli, dan kale)
- c. Sereal yang diperkaya zat besi dan biji-bijian
- d. Kacang-kacangan, dan biji-bijian
- e. Telur

Makanan yang tinggi vitamin C dapat membantu tubuh menyerap lebih banyak zat besi makanan tersebut termasuk

- a. Buah dan jus jeruk
- b. Strowberi, kiwi, tomat dan paprika

Selain itu, pilihlah makanan yang tinggi asam folat untuk membantu mencegah defisiensi folat.

Makanan kaya asam folat termasuk :

- a. Sayuran berdaun hijau
- b. Buah dan jus jeruk
- c. Roti diperkaya dan sereal
- d. Kacang kering

Ikuti petunjuk dokter atau bidan untuk mengonsumsi vitamin prenatal mana yang mengandung jumlah yang cukup asam besi dan folat. Vegetarian dan vegan harus berkonsultasi dengan dokter mereka tentang apakah mereka

harus mengambil suplemen vitamin B12 ketika mereka sedang hamil dan menyusui.

2.1.11.7 Pengobatan Anemia

Jika seorang ibu hamil mengalami anemia selama kehamilannya, ia mungkin perlu untuk mulai mengonsumsi suplemen zat besi dan atau suplemen asam folat disamping vitamin prenatal lainnya. Dokter atau bidan mungkin juga akan menyarankan untuk menambahkan lebih banyak makanan yang tinggi asam folat dan zat besi dalam makanannya. Selain itu, sang ibu akan diminta untuk kembali melakukan pemeriksaan darah setelah jangka waktu tertentu sehingga dokter atau bidan dapat memeriksa bahwa hemoglobin dan kadar hematokrit membaik.

Untuk mengobati kekurangan vitamin B12, dokter atau bidan mungkin menyarankan agar mengonsumsi suplemen vitamin B12.

Dokter mungkin juga menyarankan untuk menyertakan makanan hewani lebih dalam makanan, seperti :

- a. Daging
- b. Telur
- c. Produk susu

2.2 Asuhan Persalinan Normal

2.2.1 Pengertian Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan

komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2013).

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan yang mulai dari kala satu sampai dengan kala empat dan upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi, serta asfiksia pada bayi baru lahir (JNPK-KR, 2013).

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan

2.2.2.1 Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Walyani, 2015).

2.2.2.2 Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2013).

2.2.3 Jenis Persalinan

2.2.3.1 Jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya (Erawati, 2011)

a. Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya vacuum, operasi sectio caesaria.

c. Persalinan Anjuran

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

2.2.3.2 Jenis Persalinan Menurut Lama Kehamilan dan Berat Janin

a. Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram dan umur kehamilan <20 minggu (Erawati, 2011).

b. Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram (Erawati, 2011).

c. Partus prematurus

Persalinan yang terjadi dalam kurun waktu antara 28 minggu-36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram (Erawati, 2011).

d. Persalinan aterm

Persalinan yang terjadi antara umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin diatas 2500 gram (Erawati, 2011).

e. Partus serotinus atau postmatur

Pengeluaran hasil kehamilan setelah usia kehamilan 42 minggu (Erawati, 2011).

2.2.4 Tanda-tanda Persalinan

2.2.4.1 Adapun tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut :

a. Terjadinya His Persalinan

Sifat his persalinan adalah :

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.

- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- 3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dengan Darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan padaa serviks yang akan menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

d. Hasil-hasil yang Didapatkan pada pemeriksaan Dalam

- 1) Perlunakan serviks
- 2) Pendataran serviks
- 3) Pembukaan serviks

2.2.4.2 Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah sebagai berikut :

a. Penumpang (*Passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin dalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap,dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

b. Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

c. Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu :

1) Kekuatan Primer (kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekutan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

2) Kekuatan Sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekutan ini, otot-oto diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi kejalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Tekanan ini menemukan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi, serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina (Sondakh, 2013).

2.2.5 Tahapan Persalinan

2.2.5.1 Menurut Mochtar, R pada proses persalinan dibagi 4 kala yaitu :

a. Kala I : Kala pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

1) Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

(a) Pembukaan Kurang dari 4 cm

(b) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

2) Fase Aktif

(a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

(b) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm/.lebih perjam hingga pembukaan lengkap 10.

(c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

(d) Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase, yaitu :

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

(2) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm.

(3) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10cm/lengkap

b. Kala II : Kala Pengeluaran janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.

1) Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan.
- c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB.
- d) Anus membuka

2) Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

- a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
- b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup, dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas (Walyani, 2015).

c. Kala III : Kala Uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw, seluruh proses biasanya

berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc.

1) Tanda Kala III terdiri dari 2 fase :

a) Fase pelepasan uri

Mekanisme pelepasan uri terdiri atas :

(1) Schultze

Data ini sebanyak 80% yang terlepas terlebih dahulu di tengah kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak uri mula-mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

(2) Dunchan

Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%), darah akan mengalir semua antara selaput ketuban.

(3) Serempak dari tengah dan pinggir plasenta

b) Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu:

(1) Kustner

Meletakkan tangan dengan tekanan pada/di atas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

(2) Klien

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah terlepas.

(3) Strastman

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas.

(4) Rahim menonjol diatas simfisis.

(5) Tali pusat bertambah panjang.

(6) Rahim bundar dan keras.

(7) Keluar daerah secara tiba-tiba.

d. Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari anda akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokia yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan secepatnya.

2.2.6 Aspek 5 benang merah

Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang diperhatikan bidan adalah sebagai berikut:

2.2.6.1 Asuhan sayang ibu pada persalinan

- a. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.

- c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e. Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h. Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
- j. Hargai privasi ibu.
- k. Anjurkan ibu mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l. Anjurkan ibu untuk minum dan makan-makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- m. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- n. Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- o. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- p. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.
- q. Siapkan rencana rujukan (bila dirujuk).
- r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan

yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi (JNPK-KR, 2012).

2.2.6.2 Asuhan persalinan normal 60 langkah

Menurut JNPK-KR (2012) Asuhan persalinan normal 60 langkah:

Table 2.2 Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

No	Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal
1.	Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
2.	Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih
5.	Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
6.	Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan disinfeksi)
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan
10.	Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
14.	Ikut kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm, meletakkan handuk

	bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
16.	Membuka partus set
17.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
18.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk menran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir
19.	Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan idung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu postrior
23.	Setlah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior bagian atas untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tanagn yang ada di atas anterior dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dngan hati-hati membantu kelahiran kaki. Setelah tubuh dari lengan lair, menelusurkan tangan yang ada di atas anterior dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki
25.	Menilai bayi dengan cepat kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kpala bayi sdikit lebih rendah dari tubuhnya bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan
26.	Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat
27.	Menjepit tali pusat mnggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klm kearah ibu dan memasang klem kedua 2cm dari klem pertama
28.	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antar dua klem tersbut
29.	Mengganti handuk yang basah dan menyilimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering. Menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, mengambil tindakan yang sesuai

30.	Memberikan kedua kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya
31.	Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
32.	Member tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
33.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu
34.	Memindahkan klem pada tali pusat
35.	Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
36.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai
37.	Setelah plasenta terlepas memintaiibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus
38.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasentadengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilih. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut
39.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi .
40.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastic atau tempat khusus
41.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif
42.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina
43.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering
44.	Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1cm dari pusat
45.	Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama

46.	Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya, memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering
48.	Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
49.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam
50.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
51.	Mengevaluasi kehilangan darah
52.	Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
53.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
54.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
55.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
56.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
57.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih
58.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
60.	Melengkapi partograf

2.2.6.3 Partograf

Tujuan utama yaitu:

- 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 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 harus dicatat

secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

2.2.6.4 Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur.

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi sebagai berikut:

- a. Cuci tangan
- b. Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung lainnya.
- c. Menggunakan teknis aseptis atau aseptik
- d. Memproses alat bekas pakai
- e. Menangani peralatan tajam dengan aman
- f. Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar)

2.2.6.5 Membuat keputusan klinik

Tujuan langkah membuat keputusan klinik, sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- c. Membuat diagnosa atau menentukan masalah yang dihadapi
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- f. Melakukan asuhan/intervensi terpilih
- g. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

2.2.6.6 Pencatatan (dokumentasi)

Aspek-aspek penting dalam pencatatan sebagai berikut:

- a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- b. Identifikasi penolong persalinan
- c. Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan
- d. Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca
- e. Suatu system untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia
- f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

2.2.7 Standar Pelayanan Asuhan Persalinan

Standar Pelayanan asuhan Persalinan ada 4 yaitu:

2.2.7.1 Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I

Untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

2.2.7.2 Standar 10 : Persalinan Kala II yang aman

Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

2.2.7.3 Standar 11 : penatalaksanaan Aktif Persalinan kala II

Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek kala III, mencegah atonia uteri dan retensio plasenta.

2.2.7.4 Standar 12 : Penanganan Kala II Dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi

Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum.

2.3 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

2.3.1 Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran (Sudarti, 2010).

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama bayi pertamanya setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan (Sari, 2014).

2.3.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir bertujuan untuk :

- 2.3.2.1 Mencapai dan mempertahankan jalan nafas dan mendukung pernafasan.
- 2.3.2.2 Mempertahankan kehangatan dan mencegah hipotermia
- 2.3.2.3 Memastikan keamanan dan mencegah cedera dan infeksi
- 2.3.2.4 Mengidentifikasi masalah-masalah aktual atau potensial yang memerlukan perhatian segera.
- 2.3.2.5 Memfasilitasi terbinanya hubungan dekat orang tua dan bayi.
- 2.3.2.6 Membantu orang tua dalam mengembangkan sikap sehat tentang praktik membesarkan anak.
- 2.3.2.7 Memberikan informasi kepada orang tua tentang perawatan bayi baru lahir

2.3.3 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

2.3.3.1 Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya.

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

- c. Pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT, jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih (Sondakh, 2013).

2.3.3.2 Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

Menurut (Sondakh, 2013) langkah pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu :

- a. Klem, potong dan ikat tali pusat 2 menit pasca bayi lahir, protocol untuk menyuntikan ocytocin dilakukan sebelum tali pusat dipotong.
- b. Lakukan penjepitan ke 1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah perut ibu (agar darah tidak terpancar pada saat akan dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke 2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke 1 ke arah ibu.
- c. Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril.
- d. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain.
- e. Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan memasukan ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- f. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini.

2.3.3.3 Inisiasi Menyusu Dini

Menurut (Sondakh, 2013) langkah inisiasi menyusu dini (IMD) :

- a. Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.
- b. Bayi harus dibiarkan untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibu dapat mengenali bahwa bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
- c. Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai dilakukan, prosedur tersebut seperti menimbang, pemberian antibiotika, salep mata/ tetes mata, vitamin K dan lain-lain.

2.3.3.4 Pencegahan Infeksi Mata

Menurut JNPK-KR (2012) salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi menyusu. Pencegahan infeksi mata tersebut mengandung antibiotika Tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.

Cara pemberian salep mata atau tetes mata antibiotika ;

- a. Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih mengalir) kemudian keringkan.
- b. Jelaskan kepada keluarga apa yang akan dilakukan apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat tersebut.
- c. Berikan salep mata dalam satu garis lurus dimulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju ke bagian luar mata atau tetes mata.
- d. Ujung tabung salep mata atau pipet tetes mata tidak boleh menyentuh mata bayi dan anjurkan keluarga untuk tidak menghapus obat-obat tersebut.

2.3.3.5 Pemberian Vitamin K

Menurut JNPK-KR (2012) semua bayi lahir harus diberikan vitamin K (phytomenadione) injeksi 1 mg intramuskuler setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

2.3.3.6 Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Menurut JNPK-KR (2012) imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K pada saat bayi berumur 2 jam. Untuk bayi yang lahir difasilitas kesehatan dianjurkan diberikan BCG dan OPV pada saat bayi belum pulang dari klinik. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu kembali untuk mendapatkan imunisasi berikutnya sesuai jadwal pemberian imunisasi.

2.3.3.7 Pengkajian

- a. Menilai keadaan umum bayi
- b. Tanda-tanda vital
- c. Periksa bagian kepala bayi
 - 1) Ubun-ubun
 - 2) Sutura dan molase
 - 3) Penonjolan atau daerah mencekung. Periksa adanya kelainan, baik karena trauma persalinan (kaput suksedananeum, sfal hematoma) atau adanya cacat kongenital (hidrosefalus)
 - 4) Ukur lingkaran kepala untuk mengetahui ukuran frontal oksipitalis kepala bayi
- d. Lakukan pemeriksaan telinga karena akan dapat memberikan gambaran letak telinga dengan mata dan kepala serta diperiksa adanya kelainan lainnya.

- e. Periksa mata akan adanya tanda-tanda infeksi
- f. Periksa hidung dan mulut, langit-langit, bibir, dan refleks hisap, serta rooting. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti labiopalatoskizis.
- g. Periksa leher bayi, perhatikan adanya pembesaran atau benjolan.
- h. Periksa dada, perhatikan bentuk dada dan puting susu
- i. Periksa bahu, lengan dan tangan. Perhatikan gerakan dan kelengkapan jari tangan.
- j. Periksa bagian perut. Perhatikan bagaimana bentuk perut apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, perut teraba lunak (pada saat bayi menangis), dan benjolan.
- k. Periksa alat kelamin. Hal yang perlu diperhatikan adalah:
 - 1) Laki-laki : Testis berada pada skrotum atau penis berlubang
 - 2) Perempuan : Vagina berlubang, uretra berlubang, dan terdapat labia minora serta labia mayora.
- l. Periksa tungkai dan kaki. Perhatikan gerakan dan kelengkapan atau cekungan dan juga adanya anus.
- m. Periksa punggung dan anus. Perhatikan akan adanya pembekakan atau cekungan dan juga adanya anus.
- n. Periksa kulit. Perhatikan adanya verniks, pembekakan atau bercak hitam, serta tanda lahir.
- o. Lakukan penimbangan berat badan. Berat badan lahir normal 2.500-4.000 gram (Dewi, 2011)

2.3.4 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Dr Lyndon (2014) tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, yaitu :

- a. Tidak mau minum atau banyak muntah.
- b. Kejang.
- c. Bergerak hanya jika dirangsang.
- d. Mengantuk berlebihan, lemas, lunglai.
- e. Napas cepat $>60^x$ /menit.
- f. Napas lambat $<30^x$ /menit.
- g. Tarikan dindind dada kedalam yang sangat kuat.
- h. Merintih.
- i. Menangis terus menerus.
- j. Teraba demam $>37,5^{\circ}\text{c}$
- k. Teraba dingin $<36^{\circ}\text{c}$
- l. Diare.
- m. Telapak tangan dan kaki tampak kuning.
- n. Urine tidak keluar dalam 24 jam pertama.

2.4 Asuhan Pada Masa Nifas

2.4.1 Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. (Rukiyah, 2011).

Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Selama masa ini, saluran reproduktif anatominya kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Obstetri William).

Jadi, asuhan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.

2.4.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

- 2.4.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- 2.4.2.2 Melaksanakan skiring yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengajian data subjektif, objektif maupun penunjang.
- 2.4.2.3 setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.
- 2.4.2.4 Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk ke langkah berikutnya sehingga tujuan di atas dapat dilaksanakan.
- 2.4.2.5 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat, memberikan pelayanan keluarga berencana (Rukiyah, 2011)

2.4.3 Tahapan Masa Nifas

- 2.4.3.1 Puerperium dini yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2.4.3.2 Puerperium intermedial yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
- 2.4.3.3 Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi (Rukiyah, 2011)

2.4.4 Kebijakan Program Nasional Nifas

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya antara lain dalam literatur Rukiyah (2011) :

2.4.4.1 Kunjungan ke- 1 (6-8 jam setelah persalinan)

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan
- c. Merujuk bila perdarahan berlanjut
- d. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- e. Pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- f. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

2.4.4.2 Kunjungan ke- 2 (6 hari setelah persalinan)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal
- b. Uterus berkontraksi fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- c. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal

- d. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- f. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2.4.4.3 Kunjungan ke- 3 (2 minggu setelah persalinan)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal
- b. Uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- c. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- d. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- f. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

2.4.4.4 Kunjungan ke- 4 (6 minggu setelah persalinan)

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

2.4.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

2.4.5.1 Pendarahan hebat

2.4.5.2 Pengeluaran darah pervaginam dengan bau busuk yang menyengat.

2.4.5.3 Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, dan masalah penglihatan.

- 2.4.5.4 Pembengkakan pada wajah dan tangan.
- 2.4.5.5 Payudara yang memerah, panas atau sakit.
- 2.4.5.6 Rasa nyeri diperut bagian bawah/punggung

2.5 Program Keluarga Berencana Setelah Postpartum

2.5.1 Pengertian KB

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan (Walyani, 2015).

Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. 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 di dalam rahim.

2.5.2 Tujuan KB

2.5.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya penambahan penduduk (Walyani, 2015).

2.5.2.2 Tujuan Khusus

Meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran (Walyani, 2015).

2.5.3 KB Yang Dianjurkan Untuk Ibu Postpartum

Lebih dari 95% klien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi, atau tidak ingin tambahan anak lagi. Konseling tentang keluarga berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pascapersalinan.

2.5.3.1 Klien Pascapersalinan Dianjurkan

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

2.5.3.2 Infertilitas Pascapersalinan

- a. Ovulasi dapat terjadi dalam waktu 21 hari pasca persalinan.
- b. Pada klien pascapersalinan yang menyusui, masa infertilitas lebih lama. Namun, kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan.

2.5.3.3 Metode Amenorea Laktasi (MAL)

- a. Menyusui secara eksklusif merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama klien belum mendapat haid, dan waktunya kurang dari 6 bulan pascapersalinan. Efektivitas dapat mencapai 98%.
- b. Efektif bila menyusui lebih dari 8 kali sehari dan bayi mendapat cukup asupan per laktasi.

2.5.3.4 Saat Mulai Menggunakan Kontrasepsi

- a. Mengingat lebih dari 95% klien pascapersalinan belum ingin hamil dalam 2 tahun.
 - 1) Ovulasi dapat terjadi dalam waktu 21 hari pascapersalinan.

- b. Seyogyanya kontrasepsi segera dipakai pascapersalinan.
- c. Kontrasepsi terpilih pascapersalinan adalah AKDR atau tubektomi/vasektomi.
- d. Bila tidak tersedia pelayanan AKDR, tubektomi/vasektomi, maka klien dapat memakai kontrasepsi “Progestin Only” (Implant, DMPA, atau minipil), paling tidak kondom.

2.5.4 Klien Menyusui

- a. Klien menyusui tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan. Pada klien yang menggunakan MAL waktu tersebut dapat sampai 6 bulan.

Tabel 2.3 Metode kontrasepsi pascapersalinan

Metode kontrasepsi	Waktu pascapersalinan	Ciri-ciri khusus	Catatan
MAL	<ul style="list-style-type: none"> • Mulai segera pascapersalinan. • Efektifitas tinggi sampai 6 bulan pascapersalinan dan belum haid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi. • Memberikan waktu untuk memilih metode kontrasepsi lain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Harus benar-benar ASI eksklusif • Efektifitas berkurang jika mulai suplementasi.
Kontrasepsi kombinasi	<ul style="list-style-type: none"> • Jika menyusui: <ul style="list-style-type: none"> - Jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pascapersalinan. - Sebaiknya 	<ul style="list-style-type: none"> • Selama 6-8 minggu pascapersalinan, kontrasepsi kombinasi akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi. • Selama 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrasepsi kombinasi merupakan pilihan terakhir pada klien menyusui. • Dapat diberikan pada klien dengan riwayat preeklamsia atau

	<p>tidak dipakai dalam waktu 6 minggu- 6 bulan pascapersalinan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika pakai MAL tunda sampai 6 bulan. • Jika tidak menyusui dapat dimulai 3 minggu pasca persalinan. 	<p>minggu pascapersalinan kontrasepsi kombinasi meningkatkan resiko masalah pembekuan darah.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika klien tidak mendapat haid dan sudah berhubungan seksual, mulailah kontrasepsi kombinasi setelah yakin tidak ada kehamilan. 	<p>hipertensi dalam kehamilan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesudah 3 minggu pascapersalinan tidak meningkatkan resiko pembekuan darah.
Kontasepsi progestin	<ul style="list-style-type: none"> • Sebelum 6 minggu pascapersalinan, klien menyusui jangan menggunakan kontrasepsi progestin. • Jika menggunakan MAL, kontrasepsi progestin dapat ditunda sampai 6 bulan. • Jika tidak 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pengaruh terhadap ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan ireguler dapat terjadi.

	<p>menyusui, dapat segera dimulai.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika tidak menyusui, lebih dari 6 minggu pascapersalinan, atau sudah dapat haid, kontrasepsi progestin dapat dimulai setelah yakin tidak ada kehamilan. 		
AKDR	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat dipasang langsung pascapersalinan, sewaktu seksio sesarea, atau 48 jam pascapersalinan. • Jika tidak, insersi ditunda sampai 4-6 minggu pascapersalinan. • Jika laktasi atau haid sudah dapat, 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pengaruh terhadap ASI. • Efek samping lebih sedikit pada klien yang menyusui. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insersi post plasental memerlukan petugas terlatih khusus. • Konseling perlu dilakukan sewaktu asuhan antenatal. • Angka pencabutan AKDR tahun pertama lebih tinggi pada klien menyusui. • Ekspulsi spontan lebih tinggi (6-10%)

	insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan .		pada pemasangan pasca plasental. <ul style="list-style-type: none"> • Sesudah 4-6 minggu pascapersalinan pemasangan waktu interval.
Kondom/spermisida	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat digunakan setiap saat pascapersalinan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pengaruh terhadap laktasi. • Sebagai cara sementara sambil memilih metode yang lain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sebaiknya pakai kondom yang diberi pelicin.
Diafragma	<ul style="list-style-type: none"> • Sebaiknya tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pengaruh terhadap laktasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perlu pemeriksaan dalam oleh petugas. • Penggunaan spermisida membantu mengatasi masalah keringnya vagina.
KB Alamiyah	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak dianjurkan sampai siklus haid teratur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pengaruh terhadap laktasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lendir serviks tidak keluar seperti haid reguler lagi. • Suhu basal tubuh kurang akurat jika klien sering terbangun waktu malam

			untuk menyusui
Koitus interruptus/abstinensia	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat digunakan setiap waktu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pengaruh terhadap laktasi atau tumbuh kembang bayi. • Abstinensi 100% efektif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beberapa pasangan tidak sanggup untuk abstinensi • Perlu konseling
Kontasepsi Mantap: Tubektomi	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan. • Jika tidak, tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pengaruh terhadap atau tumbuh kembang bayi. • Minilaparotomi pascapersalinan paling mudah dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perlu anestesi lokal. • Konseling sudah harus dilakukan sewaktu asuhan antenatal.
Vasektomi	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat dilakukan setiap saat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak segera efektif karena perlu paling sedikit 20 ejakulasi (+3 bulan sampai benar-benar steril. 	<ul style="list-style-type: none"> • Merupakan salah satu cara KB untuk pria.

2.5.6 Macam-macam Alat Kontrasepsi Postpartum

2.5.6.1 Metode Amenorea laktasi (MAL)

Lactational Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya

a. Keuntungan

- 1) Efektivitas tinggi (98 % apabila digunakan selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif.
- 2) Dapat segera dimulai setelah melahirkan
- 3) Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat
- 4) Tidak memerlukan perawatan medis
- 5) Tidak mengganggu senggama
- 6) Mudah digunakan
- 7) Tidak perlu biaya
- 8) Tidak menimbulkan efek samping sistemik

b. Kerugian

- 1) Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan
- 2) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif
- 3) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk hepatitis B atau pun HIV/AIDS
- 4) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui
- 5) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif

c. Kriteria ibu yang boleh menggunakan MAL

- 1) Wanita yang menyusui secara eksklusif
- 2) Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan
- 3) Wanita yang belum mendapatkan haid setelah melahirkan

- d. Kriteria ibu yang tidak dapat menggunakan MAL
- 1) Wanita setelah melahirkan yang sudah mendapat haid
 - 2) Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif
 - 3) Wanita yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam
 - 4) Wanita yang harus menggunakan metode kontrasepsi tambahan
 - 5) Wanita yang menggunakan obat yang mengubah suasana hati
 - 6) Wanita yang menggunakan obat-obatan jenis ergotamine, anti metabolisme, cyclosporine, bromocriptine, obat radioaktif, lithium atau anti koagulan
 - 7) Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan
 - 8) Bayi yang mempunyai gangguan metabolisme
- e. Hal yang harus diperhatikan sebelum menggunakan MAL
- 1) Bayi menyusui harus sesering mungkin (on demand)
 - 2) Waktu pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam
 - 3) Bayi menyusui sampai sepuasnya (bayi akan melepas hisapannya)
 - 4) Waktu pemberian makanan padat sebagai pendamping ASI (diberikan pada bayi sudah berumur 6 bulan lebih)
 - 5) Metode MAL tidak akan efektif, apabila ibu sudah memberikan makanan atau minuman tambahan lain

- 6) Ibu yang sudah mendapatkan haid setelah melahirkan dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi lain
- 7) Apabila ibu tidak menyusui secara eksklusif atau berhenti menyusui maka perlu disarankan menggunakan metode kontrasepsi lain yang sesuai.

2.5.6.2 Kontrasepsi Mantap

MOW (Metode Operasi Wanita)

Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (Metode Operasi Wanita) atau tubektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat dibuahi oleh sperma.

a. Keuntungan

- 1) Lebih aman, karena keluhan lebih sedikit dibandingkan dengan cara kontrasepsi lain, serta tidak mempengaruhi produksi ASI
- 2) Lebih praktis, karena hanya memerlukan satu kali tindakan saja
- 3) Lebih efektif, karena tingkat kegagalan sangat kecil dan merupakan kontrasepsi yang permanen
- 4) Lebih ekonomis, karena hanya memerlukan biaya untuk satu kali tindakan saja

b. Kerugian

- 1) Tidak dapat dipulihkan kembali dan dapat menyesal dikemudian hari
- 2) Ada rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- 3) Tidak dapat dilakukan pada orang yang masih ingin memiliki anak

- 4) Harus dilakukan oleh dokter spesialis bedah/
dokter yang terlatih

c. Efektivitas

- 1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- 2) Efektif 6-10 minggu setelah operasi

d. Indikasi

- 1) Usia > 26 tahun
- 2) Paritas > 2
- 3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- 4) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan
- 5) Pasca persalinan dan pasca keguguran
- 6) Paham dan secara sukarela tertuju dengan tindakan

e. Kontraindikasi

- 1) Hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
- 3) Inveksi sistemik/infeksi pelvis
- 4) Kurang mantap untuk melakukan operasi
- 5) Kurang pasti mengenai keinginan untuk fertilitas dimasa depan

f. Waktu pelaksanaan

- 1) Selama siklus haid
- 2) Hari ke 6 sampai dengan hari ke 13 siklus haid
- 3) Pasca persalinan (minilaparotomi : dalam 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu)

- 4) Pasca keguguran (dalam waktu 7 hari pada saat triwulan pertama atau kedua)

g. Komplikasi yang mungkin terjadi

- 1) Infeksi luka
- 2) Demam pasca tindakan
- 3) Luka pada kandung kemih
- 4) Hematoma
- 5) Terjadi rasa sakit pada lokasi pembedahan
- 6) Perdarahan superficial (tepi kulit atau subkutan)

2.5.6.3 IUD (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi jangka panjang yang dipasang di dalam rahim dalam jangka waktu 10 tahun.

a. Jenis AKDR

- 1) AKDR CuT-380A kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).
- 2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering)
- 3) Selanjutnya yang akan dibahas adalah khusus CuT-380A. (Kkb, 2013)

b. Cara Kerja AKDR

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR

membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Kkb, 2013)

c. Efektivitas

- 1) AKDR post plasenta telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan.
- 2) Diakui bahwa ekspulsi lebih tinggi (6-10%) dan ini harus disadari oleh pasien.
- 3) Kemampuan penolong meletakkan difundus amat memperkecil risiko ekspulsi. Oleh karena itu diperlukan pelatihan.
- 4) Kontraindikasi pemasangan post plasenta ialah ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan post partum. (Kkb, 2013)

d. Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi.
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasanga.
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lahi mengingat-ingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)

- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
- 12) Membantu mencegah kehamilan ektopik. (Kkb, 2013)

e. Kerugian

- 1) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 2) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.
- 3) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
- 4) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- 5) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. (Kkb, 2013)

f. Efek Samping

- 1) Perubahan siklus haid (umunya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- 2) Haid lebih lama dan banyak.
- 3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
- 4) Saat haid lebih sakit. (Kkb, 2013)

g. Indikasi

- 1) Usia reproduktif.
- 2) Keadaan nulipara.
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- 7) Risiko rendah dari IMS.
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (lihat kontrasepsi darurat).
(Kkb, 2013)

h. Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- 3) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servicitis)
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas.
- 7) Diketahui menderita TBC pelvik.

- 8) Kanker alat genitalia.
- 9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm. (Kkb, 2013)

2.5.6.4 Implant (AKBK)

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 hingga 5 tahun.

a. Jenis Implant

- 1) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel.
- 2) Implanon adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit degestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestational yang lebih tinggi dari levonogestrel. (Kkb, 2013)

b. Cara Kerja Implant

Implant mencegah terjadinya kehamilan melalui berbagai cara. Seperti kontrasepsi progestin pada umumnya, mekanisme utamanya adalah menebalkan mukus serviks sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma. Walaupun pada kontrasepsi yang rendah, progestin akan menimbulkan pengentalan mukus serviks. Perubahan terjadi segera setelah pemasangan implant. (Kkb, 2013)

c. Efek Samping

- 1) Sakit kepala.
- 2) Perubahan berat badan.
- 3) Perubahan suasana hati.
- 4) Depresi.

5) Mual.

6) Perubahan selera makan. (Kkb, 2013)

d. Waktu Mulai Menggunakan Implant

1) Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid)

2) Pasca persalinan (3-4 minggu) bila tidak menyusukan bayinya.

3) Pasca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama)

Sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan sebelum 6 bulan pasca persalinan) (Kkb, 2013)

2.5.6.5 Suntik KB 3 Bulan

a. Jenis Suntik KB 3 Bulan

1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokog)

2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskulaer.

b. Cara Kerja

1) Mencegah ovulasi.

2) Mengentalkan lendir serviks hingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.

3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.

4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

c. Efektifitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal menyuntikkannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

d. Keuntungan

- 1) Sangat efektif.
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- 6) Sedikit efek samping.
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause.
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 11) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.
- 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit.

e. Kerugian

- 1) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
- 2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.

- 3) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 4) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
- 5) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 6) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- 7) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang.
- 8) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat. (Kkb, 2013)

f. Efek Samping

- 1) Amenorea (tidak terjadi perdarahan/spotting)
- 2) Perdarahan/perdarahan bercak (spotting).

g. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- 6) Setelah abortus atau keguguran.
- 7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
- 8) Perokok.

- 9) Tekanan darah ,180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- 10) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- 11) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- 12) Anemia defisiensi zat besi.
- 13) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi. (Kkb, 2013)

h. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 5) Diabetes melitus disertai komplikasi. (Kkb, 2013)

i. Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil.
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.
- 5) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.
- 6) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal ibu tersebut tidak haid, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah hari ke 7 haid, ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- 7) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap satu setelah hari ke 7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
- 8) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat

diberikan setiap sat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual. (Kkb, 2013)

2.5.6.6 Minipil

Minipil adalah alat kontrasepsi yang mengandung hormon progesterin dan sangat cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB.

a. Jenis Mini Pil

- 1) Kemasan dengan isi 35 pil :300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron.
- 2) Kemasan dengan isis 28 pil : 75 mg desogestrel

b. Cara Kerja Minipil

- 1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
- 2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- 4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. (Kkb, 2013)

c. Efektivitas

Sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu-dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. (Kkb, 2013)

d. Keuntungan

- 1) Sangat efektif bila digunakan secara benar.
- 2) Tidak mengganggu hubungan seksual.

- 3) Tidak mempengaruhi ASI.
- 4) Kesuburan cepat kembali.
- 5) Nyaman dan mudah digunakan.
- 6) Sedikit efek samping.
- 7) Dapat dihentikan setiap saat.
- 8) Tidak mengandung estrogen. (Kkb, 2013)

e. Kerugian

- 1) Mengalami gangguan haid.
- 2) Peningkatan/penurunan berat badan.
- 3) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- 4) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.
- 5) Payudara menjadi tegang, mual, pusing atau jerawat.
- 6) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi.
- 7) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi.
- 8) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS. (Kkb, 2013)

f. Efek Samping

- 1) Amenorea.
- 2) Perdarahan tidak beraturan/spotting. (Kkb, 2013)

g. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.
- 3) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui

- 4) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
 - 5) Pasca keguguran.
 - 6) Perokok segala usia.
 - 7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110\text{ mmHg}</math>) atau dengan masalah pembekuan darah.
 - 8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.
- (Kkb, 2013)

h. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- 4) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 5) Sering lupa menggunakan pil.
- 6) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
- 7) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah. (Kkb, 2013)

i. Waktu Mulai Menggunakan Minipil

- 1) Mulai hari pertama sampai hari ke 5 siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- 2) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke 5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari

atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.

- 3) Bila klien tidak haid (amenoria) minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- 4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
- 5) Bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien telah mendapat haid minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
- 6) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran
- 7) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.
- 8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak diperlukan menggunakan metode kontrasepsi yang lain.

- 9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi yang lain.
- 10) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR. (Kkb, 2013).