

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lama hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, dkk 2009: buku b)

2.1.2 Antenatal Care (ANC)

Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Prenatal care adalah pengawasan intensif sebelum kelahiran (Dewi & Sunarsih, 2011: buku a).

2.1.3 Tujuan Pemeriksaan dan Pengawasan Ibu Hamil

Tujuan secara umum dari pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat (Dewi & Sunarsih, 2011: buku a).

Menurut JNPK-KR (2008) Tujuan khusus dari pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil yaitu:

- 2.1.3.1 Mengenal dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 2.1.3.2 Mengenal dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- 2.1.3.3 Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

2.1.3.4 Memberikan nasehat-nasehat tentang pola hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan laktasi.

2.1.4 Menurut JNPK-KR (2008) Jadwal Pemeriksaan Kehamilan yaitu:

Ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal.

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan :

2.1.4.1 Satu kali pada trimester I (sebelum usia kehamilan 14 minggu).

2.1.4.2 Satu kali pada trimester II (usia kehamilan antara 14-28 minggu).

2.1.4.3 Dua kali pada trimester III (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah kehamilan 36 minggu).

2.1.5 Menurut Pantikawati & Saryono (2010) Pelayanan/asuhan antenatal standar minimal (termasuk 14T) yaitu:

2.1.5.1 Ukur berat badan dan tinggi badan

2.1.5.2 Ukur tekanan darah

2.1.5.3 Ukur tinggi fundus uteri

2.1.5.4 Pemberian imunisasi TT

2.1.5.5 Pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet) selama kehamilan

2.1.5.6 Tes terhadap penyakit menular seksual/VDRL

2.1.5.7 Terapi obat malaria

2.1.5.8 Tes/pemeriksaan HB

2.1.5.9 Tes/pemeriksaan urine protein

2.1.5.10 Tes reduksi urine

2.1.5.11 Perawatan payudara (tekan pijit payudara)

2.1.5.12 Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)

2.1.5.13 Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemic gondok)

2.1.5.14 Temu wicara/konseling

2.1.6 Pemeriksaan Ibu Hamil Menurut Sulistyawati (2009): buku a

2.1.6.1 Anamnesa

- a. Anamnesa identitas dan suami : nama, umur, agama, pekerjaan, alamat dan sebagainya.
- b. Anamnesa umum :
 - 1) Tentang keluhan-keluhan, nafsu makan, tidur, miksi, defekasi, perkawinan dan sebagainya.
 - 2) Tentang haid, kapan mendapat haid terakhir (HPHT).
 - 3) Tentang kehamilan, persalinan, keguguran dan kehamilan ektopik atau kehamilan mola sebelumnya.

2.1.6.2 Inspeksi dan Pemeriksaan Fisik Diagnostik

Pemeriksaan seluruh tubuh secara baik meliputi: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan jantung, paru-paru, dan sebagainya.

2.1.6.3 Perkusi

Tidak begitu banyak artinya, kecuali bila ada suatu indikasi.

2.1.6.4 Palpasi

Ibu hamil disuruh berbaring terlentang, kepala dan bahu sedikit lebih tinggi dengan memakai bantal. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu hamil. Dengan sikap hormat lakukanlah palpasi bimanual terutama pada pemeriksaan perut dan payudara.

Palpasi perut untuk menentukan :

- a. Besar dan konsistensi rahim.
- b. Bagian-bagian janin, letak dan presentasi.
- c. Gerakan janin.
- d. Kontraksi rahim *Braxton-Hicks* dan his.

2.1.6.5 Auskultasi

Monoaural (stetoskop obstetrik) untuk mendengarkan denyut jantung janin (DJJ). Yang kita dengarkan adalah :

- a. Dari janin :
 - 1) DJJ pada bulan 4-5 normalnya 120-160x/menit
 - 2) Bising tali pusat
 - 3) Gerakan dan tendangan janin
- b. Dari Ibu :
 - 1) Bising rahim (*uterine souffle*)
 - 2) Bising aorta
 - 3) Peristaltik usus

2.1.6.6 Manuver Palpasi Menurut Leopold :

- a. Leopold I:
 - 1) Pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil.
 - 2) Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin dalam fundus.
 - 3) Konsistensi uterus.

Variasi menurut *Knebel*:

Menentukan letak kepala atau bokong, satu tangan di fundus dan tangan yang lain diatas simfisis.

- b. Leopold II:
 - 1) Menentukan batas samping rahim kanan – kiri.
 - 2) Menentukan letak punggung janin.
 - 3) Pada letak lintang, tentukan di mana kepala janin.

Variasi menurut *Budin* :

Menentukan letak punggung, dengan satu tangan menekan di fundus.

- c. Leopold III:
 - 1) Menentukan bagian terbawah janin.
 - 2) Apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk pintu atas panggul atau masih dapat digoyang.

Variasi menurut *Ahlfeld* :

Menentukan letak punggung, dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut.

d. Leopold IV:

- 1) Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil.
- 2) Bisa juga menentukan bagian terbawah janin apa dan berapa jauh sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP).

Tabel 2.1 Memantau Tumbuh Kembang Janin (Nilai Normal)

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam Cm	Menggunakan Penunjuk-penunjuk Badan
12 minggu	–	Hanya teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	–	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	–
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	–
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoedeus

Sumber : Pudiastuti, 2012

2.1.8 Nasehat-Nasehat untuk Ibu Hamil Menurut Varney, dkk (2007): buku a
Kepada ibu hamil diberikan nasehat-nasehat untuk memelihara
kesehatannya selama kehamilan, nifas dan laktasi yaitu:

2.1.8.1 Kerja

- a. Boleh bekerja seperti biasa.
- b. Cukup istirahat dan makan teratur.
- c. Pemeriksaan hamil yang teratur.

2.1.8.2 Bepergian

- a. Jangan terlalu lama dan melelahkan.
- b. Duduk lama dapat menyebabkan tromboflebitis dan kaki bengkak.

2.1.8.3 Pakaian

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b. Pakailah BH yang menyokong payudara.
- c. Pakaian dalam yang selalu bersih.

2.1.8.4 Istirahat

Wanita pekerja harus sering beristirahat. Tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan, ibu hamil sebaiknya tidur siang selama 1-2 jam.

2.1.8.5 Mandi

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan/higiene. Terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dari kelenjar keringat bertambah sehingga ibu hamil lebih mudah berkeringat. Dianjurkan menggunakan sabun lembut/ringan.

2.1.8.6 Koitus

Adalah melakukan hubungan seksual antara pasangan suami istri. Koitus tidak dilarang kecuali bila ada riwayat :

- a. Sering abortus/prematur
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Pada minggu terakhir kehamilan, koitus harus hati-hati.
- d. Bila ketuban pecah, koitus dilarang
- e. Dikatakan orgasme pada hamil tua dapat menyebabkan kontraksi uterus.

2.1.9 Makanan (Diet) Ibu Hamil Menurut Varney, dkk (2007): buku b

Wanita hamil dan menyusui harus betul-betul memperhatikan susunan dietnya, terutama mengenai jumlah kalori dan protein yang berguna untuk pertumbuhan janin dan kesehatan ibunya. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, partus prematurus, inertia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis puerperalis, dan lain-lain. Sedangkan makan secara berlebihan, dapat mengakibatkan komplikasi seperti gemuk, pre-eklamsi, janin besar, dan sebagainya. Zat-zat yang diperlukan: protein, karbohidrat, zat lemak, mineral atau bermacam-macam garam; terutama kalsium, fosfor, dan zat besi (Fe), vitamin, dan air.

Makanan diperlukan antara lain untuk pertumbuhan janin, plasenta, uterus, buah dada, dan kenaikan metabolisme.

Sebagai pengawasan, kecukupan gizi ibu hamil dan pertumbuhan kandungannya dapat diukur berdasarkan kenaikan berat badannya. Kenaikan berat badan rata-rata 6,5 kg sampai 16 kg (10-12 kg).

2.1.10 Perubahan Berat Badan Menurut Varney, dkk (2007): buku b

Kenaikan berat badan yang dianjurkan *Committee of the national Academy of Science* :

2.1.10.1 Untuk ibu dengan BB di bawah berat seharusnya (*underweight*) kenaikan yang dianjurkan 12.5-8 kg

2.1.10.2 Untuk ibu dengan BB normal kenaikan yang dianjurkan adalah antara 11.5-16 kg

2.1.10.3 Untuk ibu dengan BB berlebih (*overweight*) kenaikan BB yang dianjurkan antara 7-11.5 kg

2.1.11 Gerakan Badan Menurut Varney, dkk (2007): buku b

Kegunaannya: sirkulasi darah menjadi baik, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik, dan tidur lebih nyenyak. Dianjurkan berjalan-jalan pada pagi hari dalam udara yang masih segar, atau gerak badan ditempat.

2.1.12 Kesehatan Jiwa Pada Ibu Hamil Menurut Varney, dkk (2007): buku b

Kehamilan dan persalinan adalah suatu hal yang fisiologis, namun banyak ibu-ibu yang tidak tenang, merasa khawatir akan hal ini. Untuk itu bidan harus dapat menanamkan kepercayaan kepada ibu hamil dan menerangkan apa yang harus diketahuinya karena kebodohan, rasa takut dan sebagainya dapat menyebabkan rasa sakit pada waktu persalinan, ini akan mengganggu jalannya partus, ibu akan menjadi lelah dan hisnya hilang. Untuk menghilangkan rasa cemas harus ditanamkan kerjasama antara pasien dan penolong.

2.1.13 Perawatan Payudara Pada Ibu Hamil Menurut Varney, dkk (2007): b

Payudara merupakan sumber air susu ibu yang akan menjadi makanan utama bagi bayi, karena itu jauh sebelumnya harus sudah dirawat.

Untuk mencegah puting susu kering dan mudah pecah, maka puting susu dan areola payudara dirawat baik-baik dengan dibersihkan menggunakan air sabun. Bila puting susu masuk ke dalam, hal ini diperbaiki dengan jalan memutar dan menarik-narik keluar atau dengan cara *hofmann*.

2.1.14 Ketidaknyamanan yang Terjadi pada Ibu Hamil Menurut Varney, dkk (2007): buku b

2.1.14.1 Konstipasi (susah buang air besar)

a. Pencegahannya :

- 1) Asupan air yang cukup (8 gelas/hari)
- 2) Banyak makan makanan sayuran dan buah-buahan yang mengandung serat
- 3) Cukup istirahat
- 4) Minum air hangat pada pagi hari untuk menstimulasi peristaltic
- 5) Biasakan buang air besar secara teratur
- 6) Tidak diperkenankan memberikan obat-obatan yang mengandung laxon. Gunakan pembentuk bahan padat atau emulsion. Hindari minyak mineral, perangsang salin.

b. Tanda bahaya :

- 1) Rasa nyeri hebat di perut, tidak mengeluarkan gas
- 2) Rasa nyeri di kuadran kanan bawah

2.1.14.2 Haemorhoid

a. Pencegahan :

- 1) Hindari konstipasi, tindakan pencegahan paling efektif
- 2) Menghilangi ketegangan selama defekasi
- 3) Mengurangi bengkak dan sakit dengan merendam bokong dengan air hangat
- 4) Gunakan kompres

2.1.14.3 Kram pada kaki

a. Pencegahan :

- 1) *Massage* dan hangatkan otot yang terserang
- 2) Menghindari tekanan pada jari-jari kaki, pada waktu berjalan gunakan tumit

- 3) Latihan (senam)
- 4) Diet yang mencakup kalsium

2.1.14.4 Oedema

a. Pencegahan :

- 1) Menghindari pakaian yang ketat
- 2) Kaki ditinggikan jika tidur
- 3) Hindari berdiri lama, duduk lama
- 4) Posisi miring jika berbaring

2.1.14.4 Sering buang air kecil

a. Pencegahan :

- 1) Kosongkan saat terasa dorongan untuk berkemih
- 2) Batasi minum bahan diuretic alami (teh, cola, kafein)
- 3) Perbanyak minum pada siang hari
- 4) Jangan mengurangi minum pada malam hari untuk menghindari nocturia

2.1.15 Memberitahukan Ibu Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Dan Persiapan Persalinan Menurut Varney, dkk (2007): buku b

2.1.15.1 Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

- a. Perdarahan
- b. Bengkak pada muka dan ekstremitas
- c. Sakit kepala lebih dari biasanya
- d. Gangguan penglihatan
- e. Janin tidak bergerak sebanyak biasanya
- e. Nyeri ulu hati

2.1.15.2 Persiapan Persalinan

- a. Siapa yang akan membantu pada waktu persalinan
- b. Tempat melahirkan
- c. Peralatan yang dibutuhkan ibu dan bayi

- d. Sarana transportasi
- e. Persiapan biaya
- f. Pembuat keputusan dalam keluarga
- d. Donor darah

2.1.16 Menurut Rukiyah, dkk (2009): buku b Kunjungan Awal dan Ulang meliputi:

2.1.16.1 Anamnesa

- a. Informasi biodata
- b. Identitas ibu dan suami (nama, umur, pekerjaan, agama, suku, alamat)
- c. Riwayat kehamilan sekarang meliputi HPHT dan siklus haid, apakah normal gerakan janin
- d. Masalah dan tanda-tanda bahaya (termasuk rabun senja)
- e. Keluhan-keluhan lajim pada ibu hamil
- f. Penggunaan obat-obatan (termasuk jamu-jamuan)
- g. Persalinan dan nifas yang lalu
- h. Jumlah kehamilan
- i. Anak yang lahir hidup
- j. Riwayat persalinan dan nifas sebelumnya
- k. Riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang
- l. Riwayat sosial ekonomi
- m. Status perkawinan
- n. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu
- o. Riwayat KB
- p. Dukungan keluarga
- q. Pemeriksaan fisik
 - 1) Pemeriksaan fisik umum
 - a) Tinggi badan
 - b) Berat badan
 - c) Tanda-tanda vital

- (1) Tekanan darah
 - (2) Nadi
 - (3) Suhu
 - (4) Pernafasan
- 2) Pemeriksaan fisik khusus
- a) Kepala dan leher
 - (1) Edema di wajah
 - (2) Ikterus pada mata
 - (3) Bibir pucat
 - (4) Leher pembengkakan saluran limfe atau pembengkakan kelenjar tyroid
 - b) Payudara
 - (1) Ukuran (simetris atau tidak)
 - (2) Puting susu menonjol atau masuk
 - c) Abdomen
 - d) Luka bekas operasi
 - e) Tinggi fundus uteri (jika > 12 minggu)
 - f) Letak
 - g) Presentasi
 - h) Posisi dan penurunan kepala (jika > 36 minggu)
 - i) Mendengarkan denyut jantung janin (bila kehamilan > 18 minggu)
- 3) Tangan dan kaki
- a) Edema
 - b) Kuku jari pucat
 - c) Varices vena
 - d) Refleks
- 4) Genetalia
- a) Varices
 - b) Kelenjar bartholin
 - c) Cairan yang keluar

- d) Posisi
- e) Bentuk

r. Pemeriksaan laboratorium

a. Haemoglobin (HB)

Pemeriksaan Hb sahli di lakukan pada ibu hamil pada kunjungan awal dan pada trimester III (28 minggu) dan bila di dapat tanda-tanda anemia menjelang persalinannya sebagai tindakan antisipasi pada proses persalinan seandainya terjadi komplikasi. Menurut manuaba pemeriksaan Hb minimal di lakukan dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan trimester III.

Hasil pemeriksaan Hb sahli dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- 1) Dikatakan tidak anemia jika Hb 11gr%
- 2) Dikatakan anemia ringan jika Hb 9-10 gr%
- 3) Dikatakan anemia sedang jia Hb 7-8 gr%
- 4) Dikatakan anemia berat jika Hb < 7 gr%

b. Pemeriksaan Protein Urin

Pemeriksaan protein dalam urin ini bertujuan untuk mengetahui komplikasi adanya pre-eklampsipada ibu hamil yang sering kali menyebabkan masalah dalam kehamilan maupun persalinan dan terkadang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi bila tidak segera di antisipasi.

c. Pemeriksaan Reduksi Urin

Bertujuan untuk melihat adanya glokusa dalam urin. Urin normal biasanya tidak mengandung glukosa (Rukiyah, 2009).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

2.2.1 Definisi

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Prawirohardjo, 2010): buku a

2.2.2 Lima Benang Merah Menurut Prawirohardjo (2010): buku a

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman

Lima benang merah tersebut adalah:

2.2.2.1 Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas kesehatan yang memberikan pertolongan.

2.2.2.2 Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan.

2.2.2.3 Pencegahan Infeksi

Tindakan Pencegahan Infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini 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.

2.2.2.4 Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian terpenting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

2.2.2.5 Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi baru lahir.

2.2.3 Teori Terjadinya Persalinan Menurut Mochtar (2011): buku a

2.2.3.1 Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.

2.2.3.2 Teori penurunan hormon

Hormon progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif terhadap oksitosin, akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron.

2.2.3.3 Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior, perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi. Dengan menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitasnya sehingga persalinan dapat mulai.

2.2.3.4 Teori pengaruh prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan dan dapat dianggap pemicu terjadinya persalinan.

2.2.3.5 Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan plasenta menjadi tua dan menyebabkan vili korialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesteron turun.

2.2.3.6 Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.

2.2.3.7 Teori berkurangnya nutrisi

Teori ini ditemukan pertama kali oleh Hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

2.2.4 Tanda-Tanda Persalinan Menurut Rukiyah, dkk (2009): buku b

2.2.4.1 Terjadinya his persalinan, mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, semakin beraktivitas kekuatan makin bertambah.

2.2.4.2 Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi

Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

2.2.5 Faktor-Faktor Yang Berperan Dalam Kehamilan

Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan meliputi *Power* (His/kontraksi otot rahim, kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, keregangan dan kontraksi ligamentum rotundum), *passenger* (janin dan plasenta), *passage* (jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang), psikis ibu bersalin, penolong (Pudiastuti, 2012).

2.2.6 Psikologi Ibu Saat Persalinan Menurut Pudiastuti (2012)

Perubahan psikologis pada kala satu. Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, trauma pada ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang dimaksud adalah :

a. Fase laten

Fase ini ibu biasanya merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Namun pada awal persalinan wanita biasanya : Gelisah dan gugup. Cemas dan khawatir sehubungan dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Ingin berbicara, perlu ditemani. Tidak tidur, ingin berjalan-jalan. Menciptakan kontak mata. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar dan alami akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.

b. Fase Aktif

Saat kemajuan persalinan sampai pada waktu kecepatan maksimum wanita akan mengalami : Rasa khawatir menjadi meningkat. Kontraksi semakin kuat dan frekuensinya lebih sering sehingga wanita tidak dapat mengontrolnya.

Dalam keadaan ini wanita akan lebih serius. Wanita tersebut menginginkan seseorang untuk mendampingi karena dia merasa tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya.

2.2.7 Tahap-Tahap Persalinan Menurut JNPK-KR (2008)

2.2.7.1 Kala I

kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sehingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu :

- a. Fase laten, Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara lengkap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm dan pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- b. Fase aktif, yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi menjadi 3 yaitu :
 1. Fase akselerasi (fase percepatan) dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 2. Fase dilatasi maksimal dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 3. Fase deselerasi (kurangnya kecepatan) dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2.2.7.2 Kala II

Dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua diantaranya : Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya. Perineum

menonjol. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

2.2.7.3 Kala III

Yang menyatakan bahwa Manajemen Aktif Kala (MAK) III terdiri dari pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir dengan dosis 10 Internasional Unit (IU) secara Intra Muskular (IM), melakukan peregang tali pusat terkendali dan masase fundus uteri selama 15 detik. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda seperti uterus menjadi bulat, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan.

2.2.7.4 Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melahirkan observasi karena pendarahan pasca persalinan paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus, terjadi perdarahan. Selama kala IV, petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.

2.2.8 Mekanisme Persalinan Menurut Prawirohardjo (2010): buku b

2.2.8.1 *Engagement*

Kepala dikatakan telah menancap (*engager*) pada pintu atas panggul apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang

sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala seringkali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

2.2.8.2 *Descent* (penurunan)

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan, rena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intra uterin, kekuatan mengejan atau adanya kontraksi otot-otot abdomen, kontraksi diafragma dan melurusnya badan anak.

2.2.8.3 *Fleksi*

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir, diameter suboksipito-bregmatika (9,5 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

2.2.8.4 Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simfisis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala

dengan bentuk jalan lahir khususnya untuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

2.2.8.5 Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah simfisis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

2.2.8.6 Putaran 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. Gerakan ini disebut putaran restitusi. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ishiadikum sepihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

2.2.8.7 Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.2.9 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Tabel 2.2 Standar 60 Langkah APN

NO	KEGIATAN
I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II	
1.	<ul style="list-style-type: none"> a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c) Perineum menonjol d) Vulva-vagina dan springter ani membuka
II. menyiapkan Pertolongan Persalinan	
2.	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytocin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, 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 steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.
III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik	
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa 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 kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.

8	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi
9.	Mendekontaminasi 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 klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah kontraksi 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 : - Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. - Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran - Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi - Berikan asupan cairan peroral
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 vulva 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 steril pada kedua tangan.
VI. Menolong Kelahiran Bayi	
19.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, 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 meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
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 ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas luar untuk melahirkan bahu posterior.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah 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 dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas (anterior)

	dari punggung ke arah 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 palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
28.	Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
29.	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.
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 ke arah 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 perineum.
34.	Meletakkan satu tangan di atas perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

35.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (Dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.
36.	Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jikaperlu.
37.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban tersebut.
38.	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 (fundus menjadi keras).
VIII. Menilai Perdarahan	
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.

40.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
41.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42.	Mendekontaminasi 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 klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
IX. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan.	
43.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih.
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi 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 klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, 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.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan

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

Sumber: JNPK-KR (2008).

2.2.10 Partograf menurut JNPK-KR (2008).

Adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Menurut Prawirihardjo Tujuan utama dari penggunaan partograf yaitu:

2.2.10.1 Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan servik melalui periksa dalam. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

2.2.10.2 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.

2.3 Asuhan kebidanan Bayi Baru Lahir

2.3.1 Merawat tali pusat Menurut Marmi (2012)

- a. Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitan klem plastic tali pusat pada puntung tali pusat.
- b. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0. 5%.
- c. Bilas tangan dengan air bersih.
- d. Keringkan tangan dengan handuk kering dan bersih .
- e. Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang desinfeksi tingkat tinggi.
- f. 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.
- g. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan didalam larutan clorin 0. 5%.
- h. Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering.

2.3.2 *Bounding Atteachment*

Bounding atteachment adalah kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada kala III sampai dengan *post partum*. Keuntungan *bounding attachment*. Bayi merasa dicintai, diperhatikan, percaya diri, merasa aman, menimbulkan sikap sosial, serta berani mengeksplorasi lingkungan barunya (Marmi, 2012).

2.3.3 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. Pada jam pertama si bayi menemukan payudara ibunya, ini adalah awal hubungan menyusui yang berkelanjutan dalam kehidupan antara ibu dan bayi menyusui (Rukiyah & Yuliantit 2010): buku a.

2.3.4 Kunjungan Neonatal Menurut Saifuddin, dkk (2009): buku b.

Dalam usia neonatus (0-28 hari) bidan memiliki peran yang tidak kalah penting. Pada kunjungan neonatus hal-hal yang dikaji terkait pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir, pendekatan ibu dan bayi, memantau perkembangan bayi dan pencegahan komplikasi. Jumlah kunjungan neonatus terkait pada kunjungan masa nifas. Untuk kunjungan neonatus minimal dilakukan sebanyak 3 kali yaitu:

2.3.4.1 Kunjungan neonatal ke-1 pada 6-48 jam setelah lahir.

Setelah 6 jam dari kelahiran bidan melanjutkan pengamatan terhadap pernapasan, warna kulit, aktifitas, suhu tubuh, dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul. Bidan melakukan pemeriksaan fisik lengkap. Rujuk kedokter bila tampak tanda bahaya dan penyulit. Jika bayi cukup hangat (minimal $36,5^{\circ}$ C) bidan memandikan bayi dan melakukan perawatan tali pusat. Bidan juga memberi tahu tanda bahaya kepada ibu dan jika muncul tanda bahaya segera membawa bayinya ke tenaga kesehatan. Selanjutnya bidan mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.

2.3.4.2 Kunjungan neonatal ke-2 pada 3-7 hari setelah lahir.

Bidan menanyakan seluruh keadaan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui, apakah ada orang lain dirumah atau disekitarnya yang dapat membantu

ibu. Bidan mengamati keadaan lingkungan tempat tinggal ibu seperti kebersihan rumah, persediaan makanan dan air, amati keadaan suasana hati ibu dan bagaimana cara berinteraksi dengan bayinya. Bidan juga melakukan pemeriksaan fisik pada bayi. Jika bayi tidak aktif, menyusu tidak baik atau tampak kelainan, rujuk segera bayi ke tenaga kesehatan untuk perawatan selanjutnya.

2.3.4.3 Kunjungan neonatal ke-3 pada 8-28 hari setelah lahir.

Bidan menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi. Bidan memberitahu ibu tentang pemberian ASI eksklusif minimal 6 bulan dan cara menyusui yang benar yaitu menyusui dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian dan memberitahu ibu tentang cara merawat kebersihan bayi baik kebersihan badan dan kebersihan lingkungan dan juga memberi tahu tentang pemberian imunisasi.

(Saifuddin, dkk 2009): buku b.

2.3.5 Nilai Apgar

Nilai apgar merupakan alat yang dikembangkan untuk mengkaji kondisi fisik bayi pada saat kelahiran. Lima dimensi-denyut jantung, upaya napas, tonus otot, respons terhadap rangsangan, dan warna diberi nilai nol, satu, atau dua. Oleh sebab itu, nilai maksimum adalah 10 (Rukiyah & Yulianti 2010): buku a.

Tabel 2.3 Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas	Seluruh tubuh kemerahan

		biru	
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : (Muslihatun, 2010)

Interpretasi:

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

2.3.6 Pencegahan Infeksi Mata

Salep mata antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir. Salep mata antibiotik yang biasanya digunakan adalah Tetrasiklin 1 % (Rukiyah dan Yulianti 2010: buku a).

2.3.7 Pemberian Vitamin K

pemberian Vit K diberikan pada 1 jam setelah lahir untuk mencegah terjadinya perdarahan, pada semua bayi baru lahir, apalagi bayi berat lahir rendah, diberikan suntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada *anterolateral* paha kiri (Rukiyah & Yulianti 2010: buku a).

2.3.8 Refleks-Refleks Menurut Marmi (2012)

Refleks adalah gerakan naluriah untuk melindungi bayi

2.3.8.1 Refleks *glabella*

- 2.3.8.2 Refleks hisap
- 2.3.8.3 Refleks mencari (*rooting*)
- 2.3.8.4 Refleks genggam (*palmar grasp*)
- 2.3.8.5 Refleks *Babinsky*
- 2.3.8.6 Refleks moro
- 2.3.8.7 Refleks melangkah
- 2.3.8.8 Refleks merangkak
- 2.3.8.9 Refleks tonik leher
- 2.3.8.10 Refleks ekstrusi

2.3.9 Pemberian Imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke 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 (Rukiyah & Yulianti, 2010: buku a).

2.3.10 Mekanisme Kehilangan Panas Menurut Marmi (2012)

2.3.10.1 Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

2.3.10.2 Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara).

2.3.10.3 Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin.

2.3.10.4 Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara.

2.4 Post Partum (Masa Nifas)

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Yanti & Sundarwati 2011).

2.4.1 Menurut Dewi & Sunarsih (2010): buku b. Tujuan asuhan post partum adalah sebagai berikut:

2.4.1.1 Mencegah perdarahan

2.4.1.2 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik dan psikologinya

2.4.1.3 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah atau mengobati atau merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya

2.4.1.4 Memelihara proses kedekatan ibu dengan bayi

2.4.1.5 Memberikan pendidikan kesehatan

2.4.1.6 Memberikan konseling tentang KB dan pelayanannya

2.4.2 Perubahan Fisik Post Partum Menurut Dewi & Sunarsih (2011): buku b.

2.4.2.1 Involusi uterus

Uterus berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula seperti keadaan sebelum hamil.

Setelah bayi-bayi lahir TFU : sepusat

Setelah placenta lahir : 2 jari dibawah pusat

6 hari postpartum : pertengahan symphysis – pusat

10 hari postpartum : uterus tidak teraba

Uterus mengecil dan mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-otonya.

2.4.2.2 Perubahan serviks dan vagina

Serviks menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri berkontraksi. Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ke 3 dan akan tampak kembali.

2.4.2.3 Perubahan ligamen diafragma pelvic

Perubahan ini terjadi pada saat melahirkan oleh karena peregangan ini akan berangsur-angsur pulih kembali dalam waktu 6 minggu.

2.4.2.4 Perubahan pada traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami odema sehingga menyebabkan hiperemia terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga akan menekan uretra dan terjadi retensi urin ini akan pulih kembali setelah 2 minggu.

2.4.2.5 Laktasi

Perubahan yang terjadi pada mammae yaitu proliferasi jaringan, kelenjar alveolus, lemak.

Pengaruh oksitosin yaitu merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan penghisapan pada puting susu.

2.4.3 Lochea Menurut Dewi & Sunarsih (2011): buku b.

Adalah *secret* yang dikeluarkan dari cavum uteri melalui vagina pada masa nifas.

2.4.3.1 1 – 3 hari : lochea rubra

2.4.3.2 4 – 9 hari : lochea serosa

- 2.4.3.3 4.12.3 > 10 hari : lochea alba sampai dengan dua minggu
Lochea normalnya berbau amis, warna sesuai jenis dan waktu.
- 2.4.4 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas Menurut Yanti & Sundarwati (2011)
- 2.4.4.1 Kunjungan 1 : 6-8 jam setelah persalinan
- Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
 - Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - Pemberian ASI awal
 - Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- 2.4.4.2 Kunjungan 2 : 6 hari setelah persalinan
- Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
 - Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyulit.
 - Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.
- 2.4.4.3 Kunjungan 3 : 2 minggu setelah persalinan Sama seperti pada kunjungan 6 hari post partum
- 2.4.4.4 Kunjungan 4 : 6 minggu setelah persalinan Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami

2.4.4.5 Memberikan konseling untuk KB secara dini

2.4.5 Penanganan

2.4.5.1 Kebersihan Diri

2.4.5.2 Anjurkan kebersihan seluruh tubuh

2.4.5.3 Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dan depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihatkan kepada ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

2.4.5.4 Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau disetrika.

2.4.5.5 Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

2.4.5.6 Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

2.4.5.7 Istirahat

a. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

b. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

2.4.5.8 Latihan

Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti:

a. Tidur terlentang dengan lengan di samping, menarik otot perut selagi menarik napas, tahan napas ke dalam

dan angkat dagu ke dada : tahan satu hitungan sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.

- b. Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul (latihan Kegel)
- c. Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot-otot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 hitungan. Kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- d. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

2.4.5.9 Peningkatan gizi Gizi, seperti :

- a. 4.20.1 Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. 4.20.2 Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. 4.20.3 Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- d. 4.20.4 Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- e. 4.20.5 Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI-nya.

2.4.5.9 Memberikan konseling tentang ASI

ASI mengandung semua bahan yang diperlukan bayi, mudah dicerna, memberi perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, dan siap untuk diminum.

2.4.5.10 Memberikan konseling tentang Keluarga Berencana.

2.5 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

2.5.1 Keluarga Berencana

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Memiliki anak sesuai dengan jumlah anak yang anda inginkan, kapan anda menginginkan mereka, disebut Keluarga Berencana (Pinem, 2009).

2.5.2 Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak. Dengan demikian akan diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Jika ditilik lebih dalam sebenarnya keluarga berencana bertujuan untuk memerhatikan berbagai kepentingan manusia dan masyarakat (Pinem, 2009).

2.5.3 Sasaran Program KB Menurut Pinem (2009)

2.5.3.1 Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) secara nasional menjadi satu, 14 % per tahun

2.5.3.2 Menurunkan angka kelahiran total FertilityRate (TFR) menjadi 2, 2 perperempuan.

2.5.3.3 Meningkatnya peserta KB Pria menjadi 4, 5 %

2.5.3.4 Meningkatnya pengguna metode Kontrasepsi yang efektif dan efisien

2.5.3.5 Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.

2.5.3.6 Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif

2.5.3.7 Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.

2.5.4 Akseptor KB

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Pinem, 2009).

2.5.5 Cara kerja Kontrasepsi

Ada bermacam-macam tapi pada umumnya: mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma, menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma (Pinem, 2009).

2.5.6 Pembagian Alat Kontrasepsi D

2.5.5.1 Metode Kontrasepsi dapat dibagi:

- a. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) Menurut Prawirohardjo (2010): buku a adalah bahan inert sintetis (dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas) dengan berbagai bentuk yang dipasangkan dalam rahim untuk menghasilkan efek kontraseptif. Bentuk AKDR yang beredar dipasaran adalah spiral (lippes loop), huruf T (Tcu200C dan Nova T)

1) Indikasi :

Hati-hati jika ingin dipergunakan pada klien dengan: riwayat infeksi panggul, risiko tinggi PMS, riwayat tromboflebitis dalam, diabetes melitus yang tidak terkontrol.

2) Kontraindikasi :

sedang hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui

penyebabnya, sedang menderita infeksi genitalia, kanker alat genitalia.

3) Efek samping :

amenorea, kejang, perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang, adanya pengeluaran cairan dari vagina/dicurigai adanya PRP.

4) Waktu penggunaan :

setiap waktu dalam siklus haid yang dapat dipastikan pasien tidak hamil, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode *amenorea* laktasi, setelah abortus atau keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

5) Keuntungan :

Baik tembaga maupun hormonal memiliki keuntungan nonkontraseptif. Tekanan yang tercipta dari AKDR tembaga dan AKDR plastik tanpa obat kemungkinan memberi perlindungan terhadap kanker endometrium, AKDR hormonal.

b. Implant Menurut Pinem (2009) adalah kontrasepsi bawah kulit.

1) Efek samping utama :

berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea. Aman dipakai pada masa laktasi.

2) Cara kerja implan :

lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi.

3) Keuntungan :

daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (3 tahun untuk jadenal), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

4) kekurangan implan :

nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pening/pusing kepala, perubahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, klien tidak menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat *tuberculosis* atau obat *epilepsi*, terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 wanita pertahun).

c. Metode Operatif Wanita (MOW) Menurut Yulifah, dkk (2012).

Cara kontrasepsi ini dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong

saluran telur (Tuba) pada istri. Dengan demikian telur dari ovarium tidak dapat mencapai rongga rahim, sehingga tidak terjadi pembuahan.Indikasinya yaitu kelahiran *cesarean* yang berulang, multi peritas, penyakit kehamilan serius yang berulang, penyakit akut atau *kronis* dan *stressor* ekonomi atau emosional.

Caranya dengan:

1) Ligasi tuba

Yaitu operasi sterilisasi dengan memotong dan mengikat dengan *cauterisasi* dengan tuba.

2) Histerektomi

Yaitu prosedur mengikat uterus.Indikasi *Histerektomi* setelah kehamilan dengan *rupture/inversion uteri*, *tumor fibroid* dan pendarahan tak terkontrol.

d. Metode Operatif Pria (MOP) Menurut Yulifah, dkk (2012)

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi.Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui *vas deferens*) tidak dapat mencapai *vesikula seminalis* yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen.Untuk *oklusi vas deferens*, diperlukan tindakan insisi (minor) pada daerah *rafe skrotalis*.Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang.Vasektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang.

1) Manfaat

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

2) Keterbatasan

Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi, bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari, perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi, risiko dan efek samping pembedahan kecil, adanya nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah, perlu tenaga pelaksana terlatih, tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya : HBV, HIV/AIDS).

3) Efek samping, risiko, dan komplikasi

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk *super-fisial*, jarang sekali menimbulkan risiko merugikan pada klien. Walaupun jarang sekali, dapat terjadi nyeri skrotal dan testikular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal infeksi. Teknik Vasektomi Tanpa Pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pascabedah.

4) Indikasi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan *fertilitas* dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga.

e. Kondom Menurut Pinem (2009)

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Menghalangi masuknya *spermatozoa* kedalam *traktus genitalia* interna wanita

1) Macam-macam kondom terbuat dari :

- a) kulit
- b) lateks
- c) plastik

2) Cara kerja kondom :

Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita, sebagai alat kontrasepsi wanita, sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi *mikroorganisme* penyebab PMS.

3) Keuntungan :

Efektif bila pemakaian benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan tersedia di berbagai tempat, tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus, metode kontrasepsi sementara. Keuntungan kondom secara non kontrasepsi antara lain peran serta suami untuk ber-KB, mencegah penularan PMS, mencegah ejakulasi dini, mengurangi insidensi kanker serviks, adanya interaksi sesama pasangan, mencegah *imuno infertilitas*.

f. KB Suntik Menurut Saifuddin, dkk (2010): buku a.

KB suntik adalah salah satu metode mencegah kehamilan yang saat ini banyak digunakan di negara-negara berkembang. KB suntik bekerja mengentalkan

lendir rahim sehingga sulit untuk ditembus oleh sperma untuk pembuahan.

Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

- 1) KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).
- 2) KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi. Alat kontrasepsi ini mengandung kombinasi (*hormon Estrogen*).

a) Kelebihan

Adalah metode kontrasepsi hormonal efektif mencegah kehamilan hingga 99 %, memberikan kenyamanan kepada suami istri karena dengan satu kali suntikan tidak perlu memikirkan kontrasepsi selama 1 sampai 3 bulan, kehamilan bisa didapatkan kembali setelah menghentikan penggunaan KB suntik, kb suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI.

b) Kekurangan

Adalah siklus haid menjadi tidak teratur, terjadi penambahan berat badan, ibu mengalami jerawat, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan suasana hati, penggunaan KB 3 bulan memicu terjadinya *osteoporosis*.

c) Indikasi

Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan *progestin* adalah Usia reproduksi, *Multipara* dan yang telah memiliki anak, Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi, Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, Setelah melahirkan, abortus, banyak anak.

d) Kontraindikasi

Perokok, tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah, Mengguna-kan obat *Epilepsi*, *Tuberkulosis*, Sering lupa bila menggu-nakan pil, Anemia defisiensi besi, Remaja (16 tahun) sampai wanita usia 40 tahunan dari *nuligravida* sampai *granda multipara*.

3) Pil KB Kombinasi Menurut Saifuddin, dkk (2010): buku a

a) Jenis pil kombinasi :

(1) Monofasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(2) Bifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(3) *Trifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b) Cara kerja pil kombinasi:

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

c) Manfaat pil kombinasi :

Memiliki efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, membantu mencegah *kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorea atau akne.*

d) Keterbatasan pil kombinasi :

Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari, mual terutama 3 bulan pertama, perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit, amenorea, tidak boleh diberikan pada ibu menyusui, pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, berkurangnya *libido*, meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko *stroke* dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati, tidak mencegah IMS, HIV/AIDS.

e) Yang dapat menggunakan pil kombinasi :

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut, pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan *ektopik*, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa

komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, dan saraf, penyakit *tiroid*, penyakit radang panggul, *endometriosis*, atau *tumor ovarium* jinak, menderita *tuberculosis*, *varises vena*.

- f) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi :

Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (hepatitis), perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun, kanker payudara.

Waktu mulai menggunakan pil kombinasi :
Setiap selagi haid, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan kondom mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut, setelah melahirkan setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidan menyusui, pasca keguguran (setelah atau sebelum 7 hari), bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid.

2.5.5.10 Menurut Yulifah, dkk (2012): buku a Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemakaian alat Kontrasepsi yaitu:

a. Efektifitas

Efektifitas suatu alat ditentukan oleh keberhasilan atau kegagalan alat kontrasepsi tersebut. Metode kontrasepsi dianggap lebih efektif namun tidak dapat digunakan oleh pasangan yang ingin punya anak lagi.

b. Pilihan Pribadi dan kecendrungan

Pilihan pribadi dan kecendrungan merupakan hal penting dalam memilih kontrasepsi. Jika wanita berasumsi bahwa kontrasepsi yang digunakan terlalu sulit, menghabiskan banyak waktu atau banyak aturan akan menurunkan motivasi dan kekonsistensian pasangan tersebut untuk menggunakannya. Pendidikan yang diterima tentang kontrasepsi akan mempengaruhi persepsi pasangan terhadap kontrasepsi.

c. Efek Samping

Efek samping penggunaan kontrasepsi harus dijabarkan dengan lengkap oleh pasangan. Jika pasangan mengetahui efek sampingnya lalu tetap memilih kontrasepsi tersebut mereka akan dapat bertoleransi terhadap efek samping yang ditimbulkan dari pada pasangan yang tidak mengetahui efek samping sama sekali.

d. Biaya

Pada pasangan yang berpenghasilan rendah, faktor biaya menjadi hal penting dalam pemilihan metode kontrasepsi.