

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

2.1.1 Pengertian asuhan komprehensif

Menurut Saifudin (2009), menyatakan bahwa asuhan kebidanan komprehensif adalah salah satu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, Bayi Baru Lahir (BBL), masa nifas dan Keluarga Berencana (KB) untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventatif, kuantitatif dan rehabilitatif secara menyeluruh.

2.1.2 Tujuan asuhan komprehensif

Menurut Saifudin (2009), menyatakan bahwa pelayanan kebidanan komprehensif di komunitas adalah bagian dari upaya kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan di masyarakat yang ditunjukkan pada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Jadi, tujuan pelayanan kebidanan komprehensif adalah meningkatkan kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat dan sejahtera.

2.1.3 Manfaat asuhan komprehensif

Menurut Saifudin (2009), menyatakan bahwa manfaat kebidanan komprehensif adalah untuk menambah dan meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB serta betapa pentingnya kehamilan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, serta meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya ibu

dan bayi dan juga diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan informasi pelayanan kesehatan atau kasus yang terjadi.

2.2 Asuhan Kehamilan

2.2.1 Pengertian

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lamanya kehamilan 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir. Pembagian masa kehamilan dibagi dalam 3 trimester: Trimester pertama, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 bulan), Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-28 minggu), Trimester ketiga dimulai dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-42 minggu) (Rukiyah, 2009).

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

2.2.2 Tujuan asuhan kehamilan

Menurut Saifuddin (2009), tujuan dari asuhan kebidanan pada masa kehamilan adalah:

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

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

2.2.3 Standar asuhan kehamilan

2.2.3.1 Standar pelayanan kehamilan

Menurut Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI) (2006), terdapat enam standar dalam pelayanan antenatal, yaitu:

a. 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 secara teratur.

b. Standar 4: pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu serta janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, Penyakit Menular Seksual (PMS) atau infeksi HIV, 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.

c. Standar 5: palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Standar 6: pengelolaan anemia pada kehamilan

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

e. Standar 7: pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan melakukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala preeklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

f. Standar 8: persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta 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.

2.2.3.2 Standar minimal asuhan

Menurut Pantikawati (2012), standar minimal asuhan kehaminal meliputi 14T, yaitu:

- a. Ukur tinggi badan dan timbang berat badan.
- b. Ukur tekanan darah.
- c. Ukur tinggi fundus uteri.

- d. Pemberian imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT) lengkap.
- e. Pemberian tablet zat besi, minum 90 tablet selama kehamilan.
- f. Tes terhadap penyakit menular seksual.
- g. Temu wicara.
- h. Pemeriksaan HB.
- i. Tes urin protein.
- j. Tes reduksi urin.
- k. Perawatan payudara.
- l. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil).
- m. Terapi yodium kapsul.
- n. Terapi obat malaria.

2.2.3.3 Standar minimal kunjungan

Menurut Saifuddin (2009), standar kunjungan minimal, adalah sebagai berikut:

- a. Satu kali pada trimester pertama.
- b. Satu kali pada trimester kedua.
- c. Dua kali pada trimester ketiga.

2.2.3.4 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Menurut Dinas Kesehatan Kota (2011), yang termasuk dalam program P4K adalah sebagai berikut:

- a. Persiapan penolong persalinan.
- b. Persiapan tempat persalinan.
- c. Persiapan dana untuk persalinan.
- d. Alat transportasi.
- e. Calon pendonor darah.

2.2.3.5 Imunisasi tetanus toksoid (TT)

Menurut Saifuddin (2009) jadwal pemberian imunisasi TT pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan awal ANC	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80%
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95%
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99%
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun	99%

Sumber : Saifuddin (2009: 91)

2.2.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Asrinah (2010) Kebutuhan dasar pada ibu hamil Trimester III, yaitu:

2.2.4.1 Oksigen

Meningkatnya jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat, O₂ meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan menyebabkan hiperventilasi, dimana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

2.2.4.2 Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeklampsia. Total penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewan (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan *edema*.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat.

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi per minggu telah cukup. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

e. Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

f. Air

Air diperlukan tetapi sering dilupakan pada saat pengkajian. Air berfungsi untuk membantu sistem pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening dan cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1.500 – 2.000 ml) air, susu dan jus tiap 24 jam.

2.2.4.3 *Personal Hygiene* (Kebersihan Pribadi)

Bagian tubuh yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil, biasanya terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebih. Selain mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal sehari dua kali sangat dianjurkan.

2.2.4.4 Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil:

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat didaerah perut.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d. Memakai sepatu dengan hak rendah.
- e. Pakaian dalam harus selalu bersih.

2.2.4.5 Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering bak. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama dalam keadaan lambung kosong.

2.2.4.6 Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini:

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b. Perdarahan pervaginam.

- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.
- d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi pada janin.

2.2.4.7 Mobilisasi perubahan tubuh yang jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik.

- a. Pakailah sepatu dengan hak yang rendah/tanpa hak dan jangan terlalu sempit.
- b. Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam tegak lurus dan pastikan beban terfokus pada lengan.
- c. Tidur dengan posisi kaki ditinggikan.
- d. Hindari duduk atau berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot).

2.2.4.8 Istirahat

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dilanjutkan untuk meningkatkan perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi telentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

2.2.4.9 Persiapan laktasi

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan

secara hati-hati dan benar, karena pengurutan keliru bisa dapat menimbulkan kontraksi pada rahim, sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet susu.

2.2.5 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan Trimester III

Menurut Pantikawati (2012), perubahan fisiologis pada kehamilan trimester III antara lain:

2.2.5.1 Uterus

Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, segmen bawah rahim menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batasan yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis. Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, di atas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada dinding segmen bawah rahim.

- 1) 28 minggu: fundus uteri terletak kira-kira tiga jari diatas pusat atau $\frac{1}{3}$ jarak antara pusat ke *prosesus xifoideus* (25 cm).
- 2) 32 minggu: fundus uteri terletak kira-kira antara $\frac{1}{2}$ jarak pusat dan *prosesus xifoideus* (27cm).
- 3) 36 minggu: fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah *prosesus xifoideus* (30 cm).
- 4) 40 minggu: fundus uteri terletak kira-kira 3 jari dibawah *prosesus xifoideus* (33 cm).

2.2.5.2 Sistem traktus urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Selain itu juga

terjadi hemodilusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

2.2.5.3 Sistem respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan pernafasan.

2.2.5.4 Kenaikan berat badan

Terjadi kenaikan berat badan 5,5 kg, penambahan berat badan dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg.

2.2.6 Ketidaknyamanan pada ibu hamil Trimester III

Menurut Sulistyawati (2011), perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil menjadi dasar timbulnya keluhan/ketidaknyamanan yang fisiologis pada trimester III yaitu:

2.2.6.1 Sering buang air kecil

Keluhan sering buang air kecil karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat.

Cara mengatasinya ialah dengan menosongkan kandung kemih saat ada dorongan ingin kencing, perbanyak minum saat siang hari, batasi minum kopi, teh dan soda.

2.2.6.2 Hemoroid

Cara mengatasinya ialah dengan cara menghindari konstipasi, dengan cara makan-makanan yang berserat dan perbanyak minum air putih.

2.2.6.3 Sesak Nafas

Cara mengatasinya ialah dengan cara merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang, mengurangi

aktivitas yang berat dan berlebihan, menghindari tidur posisi terlentang.

2.2.6.4 Bengkak pada Kaki

Cara mengatasinya ialah dengan cara menghindari pakaian yang ketat, lakukan latihan yang ringan dan berjalan secara teratur untuk peningkatan sirkulasi darah, mengonsumsi makanan yang mengandung kalsium dan vitamin B dan pada saat tidur kaki ditinggikan.

2.2.7 Tanda bahaya pada kehamilan

Menurut Pantikawati (2012), tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III, antara lain:

2.2.7.1 Perdarahan pervaginam.

2.2.7.2 Sakit kepala yang hebat dan nyeri abdomen yang hebat.

2.2.7.3 Penglihatan kabur.

2.2.7.4 Bengkak diwajah dan jari-jari tangan.

2.2.7.5 Keluar cairan pervaginam (Ketuban Pecah Dini).

2.2.7.6 Gerakan Janin tidak terasa.

2.2.8 Kehamilan resiko tinggi

2.2.8.1 Pengertian

Menurut Bobak, dkk (1998), dalam Rochdjati (2011), mengungkapkan bahwa kehamilan risiko tinggi adalah salah satu kehamilan yang di dalam kehidupan atau kesehatan ibu atau janin dalam bahaya akibat gangguan kehamilan yang kebetulan atau unik.

2.2.8.2 Macam-macam kehamilan resiko tinggi

Menurut Poedji Rochyati, dkk (2011), mengemukakan kriteria KRT sebagai berikut :

a. Risiko

Risiko adalah kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada mendatang, seperti kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi.

Ukuran risiko dapat di tuangkan dalam bentuk angka disebut SKOR. Digunakan angka bulat di bawah 10, sebagai angka dasar 2, 4 dan 8 pada tiap faktor untuk membedakan risiko yang rendah, risiko menengah, risiko tinggi.

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2 kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, Fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang member dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

b. Kehamilan dengan faktor risiko

1) Perdarahan sebelum bayi lahir, member dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau bayinya, membutuhkan di rujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

2) Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan

pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis.

2.2.8.3 Batasan faktor risiko

a. Ada Potensi Gawat Obsestri (APGO) / Kehamilan yang perlu di waspadai

1) Usia ibu hamil pertama terlalu muda (usia ≤ 16 tahun)

2) Primi tua (kehamilan pertama terlalu tua)

a) Usia ibu hamil pertama ≥ 35 tahun.

b) Ibu hamil pertama setelah kawin > 4 tahun.

3) Usia ibu terlalu tua (≥ 35 tahun)

Ibu hamil pada usia ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit obstetris serta mortalitas dan morbiditas perinatal. Bagi ibu yang memiliki penyakit kronis dan kondisi fisik yang rendah, hal ini kemungkinan akan terjadi:

a) Wanita umumnya mengalami penurunan kesuburan mulai dari 30 tahun.

b) Munculnya masalah kesehatan kronis (hipertensi, tumor, degeneratif tulang belakang dan panggul).

c) Diabetes *mellitus gestasional*.

d) Pre-eklamsi.

e) Kelainan kromosom anak (*down syndrome*).

f) Resiko keguguran.

4) Jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun).

5) Jarak kehamilan terlalu jauh (≥ 10 tahun).

6) Jumlah anak terlalu banyak (≥ 4 anak).

7) Ibu dengan tinggi badan ≤ 145 cm (terlalu pendek).

b. Riwayat Obsestri jelek (ROJ)

Menurut Rochdjati (2011), riwayat obsestri jelek dapat terjadi pada :

1) Persalinan dengan tindakan

- a) Induksi Persalinan
 - b) *Secsio sesarea*
 - c) Ekstraksi forcep dan vacuum
- 2) Abortus
- 3) Bekas operasi sesarea
- c. Ada Gawat Obsestri (AGO)
- Menurut Rochdjati (2011), meliputi :
- 1) Penyakit pada ibu hamil
- a) Anemia.
 - b) Malaria.
 - c) TBC paru.
 - d) Penyakit Jantung.
 - e) *Diabetes mellitus*.
 - f) Infeksi menular seksual.
 - g) Pre-eklamsi.
 - h) Toksoplasma.
- 2) Hamil kembar (Gamelli)
- 3) Hidramion/ Kembar air
- 4) Janin mati dalam rahim (Inta Uterine Fetal Death)
- 5) Kehamilan lebih bulan / *sirotinus*
- 6) Kehamilan dengan kelainan letak
- a) Letak lintang.
 - b) Letak sungsang.
- d. Ada Gawat Darurat Obsestri (AGDO)
- 1) Perdarahan pada kehamilan
- a) Plasenta Previa.
 - b) Solucio plasenta.

2.3 Asuhan Persalinan

2.3.1 Pengertian

Menurut Erawati (2010), persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan ada tiga jenis, yaitu sebagai berikut:

- 2.3.1.1 Persalinan spontan, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir ibu tersebut.
- 2.3.1.2 Persalinan buatan, jika persalinan dibantu tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forsep atau operasi *seksio sesaria*.
- 2.3.1.3 Persalinan anjuran, persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pembesaran pitosin atau prostaglandin.

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 pada bayi baru lahir. Fokus utama asuhan adalah mencegah terjadinya komplikasi pada saat persalinan (Prawirohardjo, 2009).

2.3.2 Tujuan asuhan persalinan

Menurut Erawati (2010), bidan harus mampu menggunakan pengetahuan, keterampilan dan pengambilan keputusan yang tepat terhadap pasiennya untuk:

- 2.3.2.1 Memberikan dukungan, baik fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran.
- 2.3.2.2 Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah komplikasi, menangani komplikasi, dengan pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- 2.3.2.3 Melakukan rujukan pada kasus yang tidak dapat ditangani sendiri untuk mendapatkan asuhan spesialis jika perlu.

- 2.3.2.4 Memberikan asuhan yang adekuat kepada ibu dengan intervensi minimal sesuai dengan tahap persalinannya.
- 2.3.2.5 Memperkecil risiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- 2.3.2.6 Selalu memberitahukan ibu dan keluarganya mengenai kemajuan persalinan, adanya penyulit, dan intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
- 2.3.2.7 Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah lahir.
- 2.3.2.8 Membantu ibu dalam pemberian Air Susu Ibu (ASI) dini.

2.3.3 Standar pertolongan persalinan

Menurut Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI) (2006), terdapat empat standar pertolongan persalinan, yaitu:

2.3.3.1 Standar 9: asuhan persalinan kala I

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

2.3.3.2. Standar 10: persalinan kala II yang aman

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

2.3.3.3 Standar 11: Penatalaksanaan aktif persalinan kala III

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

2.3.3.4 Standar 12: penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada Kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan

aman untuk memperlancar persalinan, diikuti panjahitan perineum.

2.3.4 Lima aspek dasar dalam asuhan persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009), Terdapat lima aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek-aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Aspek tersebut adalah sebagai berikut:

2.3.4.1 Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Empat langkah proses pengambilan keputusan klinik, antara lain :

- a. Pengumpulan data, yaitu data subjektif dan data objektif.
- b. Diagnosis.
- c. Penatalaksanaan asuhan dan perawatan berupa membuat rencana dan melaksanakan rencana.
- d. Evaluasi.

2.3.4.2 Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan, antara lain:

- a. Panggil ibu sesuai dengan namanya, hargai, dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b. Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c. Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya.

- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e. Dengarkan dananggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya, dan tentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lainnya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan anggota keluarga yang lain.
- h. Anjurkan kepada suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi.
- j. Hargai privasi ibu.
- k. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l. Anjurkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ia menginginkannya.
- m. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh merugikan.
- n. Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- o. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera setelah lahir.
- p. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi.
- q. Siapakan rencana rujukan.
- r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik serta bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

2.3.4.3 Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lainnya 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 jalan menghindarkan transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur. Tindakan-tindakan dalam pencegahan infeksi, antara lain:

- a. Asepsis atau teknik aseptik.
- b. Antiseptik.
- c. Dekontaminasi.
- d. Mencuci dan Membilas.
- e. Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).
- f. Sterilisasi.

2.3.4.4 Pencatatan (dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan/atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat dapat dianggap bahwa tidak pernah dilakukan asuhan yang dimaksud. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisis data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis serta membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya.

2.3.4.5 Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu kefasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi

baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk kefasilitas kesehatan rujukan. Setiap tenaga penolong harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu untuk melayani kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir, seperti perdarahan, transfusi darah, persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau forseps, antibiotika, resusitasi bayi baru lahir, serta asuhan lanjutan bayi baru lahir.

2.3.5 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Rukiyah (2009), faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

2.3.5.1 Tenaga (*Power*)

a. His (kontraksi)

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot uterus dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok otot polos dan tentu saja hal ini terjadi pada otot polos uterus yaitu miometrium. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan uterus semakin teregang oleh karena isinya semakin bertambah.

b. Kekuatan mengedan ibu

Setelah serviks terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada ekspulsi janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan intra-abdomen yang diciptakan oleh kontraksi-kontraksi abdomen. Dalam bahasa obstetric biasanya ini disebut mengejan. Sifat kekuatan yang dihasilkan mirip seperti yang terjadi pada saat buang air besar, tetapi biasanya intensitasnya jauh lebih besar.

2.3.5.2 Janin dan placenta (*Passenger*)

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian.

2.3.5.3 Jalan lahir (*Passage*)

Faktor yang mempengaruhi proses peralihan salah satunya yaitu jalan lahir. Jalan lahir adalah jalan yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina.

2.3.5.4 Psikis ibu bersalin

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.

2.3.5.5 Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legilitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan.

2.3.6 Tanda-tanda Persalinan

Menurut Erawati (2010), tanda-tanda inpartu, yaitu sebagai berikut :

2.3.6.1 Timbulnya his persalinan, yaitu his pembukaan dengan sifat sebagai berikut :

- a. Nyeri melingkar dari punggung menyebar keperut bagian depan.
- b. Semakin lama, semakin singkat intervalnya dan semakin kuat intensitasnya.
- c. Jika berjalan his semakin kuat.
- d. Mempunyai pengaruh pada penipisan danatau pembukaan serviks.

2.3.6.2 *Bloody show* (lendir bercampur darah dari jalan lahir)

Dengan penipisan dan pembukaan serviks, lendir dari kanalis servikalis keluar yang disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan oleh lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah uterus hingga beberapa kapiler darah terputus.

2.3.6.3 Ketuban pecah

Ketuban pecah adalah keluarnya banyak cairan dengan tiba-tiba dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah jika pembukaan serviks lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang sangat lambat. Akan tetapi, kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, bahkan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian, persalinan diharapkan akan terjadi dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

2.3.6 Tahapan persalinan

Menurut Sulistyawati (2010), tahapan yang dilalui oleh seorang ibu yang memasuki proses persalihan adalah sebagai berikut:

2.3.6.1 Kala I (Pembukaan)

Dikatakan dalam tahap persalinan kala I jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (Pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga *parturient* (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan *Kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

2.3.6.2 Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala I ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak divulva dengan diameter 5-6 cm.

Gejala utama kala II:

- a. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya fleksus frankenhouser.
- d. Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu suboksiput bertindak sebagai *hipomochlion*, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:
 - 1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - 2) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - 3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- g. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

2.3.6.3 Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus maka plasenta lepas

dari lapisan Nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Uterus menjadi berbentuk bundar.
- b. Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi perdarahan.
- e. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uterus.

2.3.6.4 Kala IV (Observasi)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kesadaran pasien.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi dan pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

2.3.7 Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

Tabel 2.2 Langkah-langkah APN

NO	KEGIATAN
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. c) Perineum menonjol. d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan 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.

NO	KEGIATAN
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua 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 mengontaminasi tabung suntik.
7.	<p>Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik</p> <p>Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT</p> <ol style="list-style-type: none"> 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-benar <p>Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).</p>
8.	Dengan menggunakan tehnik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi).
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.	<p>Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit).</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. <p>Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf</p>
11.	<p>Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran</p> <p>Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik.</p> <p>Membawa ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.</p>
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13.	<p>Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bimbing, dukung dan beri semangat Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi Berikan cukup asupan cairan per oral (minum) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai <p>Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada multigravida</p>

NO	KEGIATAN
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, 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.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

NO	KEGIATAN
30.	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulah dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama(ke arah ibu).
31.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu: a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto tranfusi. b. Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
33.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik; minta ibu , suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan dorso kranial).
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.

NO	KEGIATAN
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan <i>massase</i> uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf)

sumber: JNPK-KR (2012)

2.3.8 Partograf

2.3.8.1 Pengertian

Menurut Prawirohardjo (2009), Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaannya.

2.3.8.2 Tujuan

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan yaitu DDJ, nadi, kontraksi setiap 30 menit. Pemeriksaan dalam, tekanan darah, perubahan bentuk kepala, penurunan, suhu, protein, aseton dan volume urin setiap 4 jam (JNPK-KR, 2012).
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal (Prawirohardjo, 2009).
- c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan mendikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2009).

2.3.8.3 Kriteria Penggunaan Partograf

Menurut Parawirohardjo (2009), partograf harus digunakan pada:

- a. Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan lahirnya bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
- c. Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter umum, Residen dan Mahasiswa).

2.3.9 Retensio Plasenta

2.3.9.1 Pengertian

Retensio plasenta adalah belum lahirnya plasenta 30 menit setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh kontraksi uterus (Rukiyah, 2012).

2.3.9.2 Penyebab Retensio Plasenta

Menurut Sudarti (2014), menyatakan bahwa penyebab retensio plasenta antara lain:

- a. Kontraksi rahim yang tidak cukup baik
- b. Plasenta hanya terlepas sebagian atau tertinggal sebagian dalam rongga rahim
- c. Akibat kelainan pembekuan darah ibu

2.3.9.3 Tanda dan Gejala

Menurut Rukiyah (2010), menyatakan bahwa tanda dan gejala retensio plasenta antara lain :

- a. Plasenta belum lahir setelah 30 menit
- b. Perdarahan segera
- c. Uterus tidak berkontraksi
- d. Tinggi fundus uteri tetap atau tidak berkurang

2.3.9.4 Jenis Retensio Plasenta

Menurut Rukiyah (2012), menyatakan bahwa jenis-jenis retensio plasenta adalah:

- a. Plasenta adhesiva, adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- b. Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- c. Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta sehingga memasuki atau mencapai miometrium.

- d. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontraksi ostium uteri.

2.3.9.6 Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Menurut Sudarti (2014), menyatakan bahwa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada kasus retensio plasenta adalah:

- a. Lakukan Resusitasi, pemberian oksigen 100%, pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid (sodium klorida isotonic atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.
- b. Drip oksitosin (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan Ringer Laktat atau NaCl 0,9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.
- c. Plasenta coba dilahirkan dengan Brandt Andrews, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.
- d. Jika plasenta tidak lepas di coba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta adalah :Perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus.
- e. Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat di keluarkan dengan tag (cunam) abortus di lanjutkan kuret sisa plasenta. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. kuretase harus di

lakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relative tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.

- f. Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
- g. Pemberian antibiotika apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan infeksi sekunder.

2.3.10 Manual Plasenta

2.3.10.1 Pengertian

Manual plasenta adalah tindakan untuk melepas secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan melahirkan keluar dari cavum (Rukiyah, 2010).

2.3.10.2 Teknik Manual Plasenta

Menurut Rukiyah (2010), teknik manual plasenta antara lain :

- a. Pasang set dan cairan infuse, jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan, lanjutkan anastesia verbal atau analgesia per rectal, siapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi.
- b. Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong
- c. Jepit tali pusat dengan klem 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai.
- d. Secara obstetric masukan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat, setelah mencapai bukaan serviks, kemudian minta seorang asisten/ penolong lain untuk memegang klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri.

- e. Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan kedalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta, bentangkan tangan obstetric menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain merapat).
- f. Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah. Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap di sebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke bawah (posterior ibu)
- g. Bila di korpus depan maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus maka perluas perlepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke tangan dari kiri sambil di geserkan ke atas (cranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.
- h. Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada plasenta yang tertinggal.
- i. Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simpisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari adanya percikan darah).
- j. Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan suprasimpisi) uterus kearah dorso cranial setelah plasenta di lahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan.
- k. Lakukan tindakan pencegahan infeksi dengan cara dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan

peralatan lain yang di gunakan, lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kkeringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.

1. Lakukan pemeriksaan pasca tindakan periksa kembali tanda vital ibu, catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan, tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dan asuhan lanjutan, beritahukan pada ibu dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi ibu masih memerlukan pemantauan dan asuhan lanjutan, lanjutan pemantauan ibu hingga 2 jam pasca tindakan sebelum pindah ke ruang rawat gabung.

2.3 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian

Menurut Sondakh (2013), Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2.500 – 4.000 gram. Asuhan kebidanan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan kepada bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari dimana BBL masih memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi dan toleransi untuk dapat hidup dengan baik.

Makrosomia adalah istilah yang yang digunakan untuk menggambarkan bayi baru lahir dengan berat lahir dengan berat yang berlebihan yaitu berat kelahiran 4000-4500 gram atau lebih besar (Padila, 2015).

2.4.2 Tujuan asuhan bayi baru lahir

Tujuan dari asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah untuk mendeteksi secara dini tanda bahaya yang bisa terjadi pada bayi baru lahir, serta mengobati atau merujuk kefasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

2.4.3 Standar asuhan bayi baru lahir

2.4.3.1 Standar pelayanan bayi baru lahir

Menurut Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI) (2006), Standar pelayanan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

a. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

b. Standar 24: Penanganan Asfiksia Neonatorum

Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang diperlukan dan memberikan perawatan lanjutan.

2.4.3.2 Standar kunjungan

Menurut Meilani (2009) kunjungan neonatus meliputi:

a. Kunjungan pertama (KN 1) pada waktu 6 – 48 jam setelah bayi baru lahir dengan tujuan:

- 1) Melanjutkan pengamatan terhadap pernafasan, warna kulit, tingkat aktifitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul.
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap, rujuk ke dokter bila tampak tanda bahaya dan penyulit.

- 3) Memandikan bayi jika bayi sudah cukup hangat ($>36,6^{\circ}\text{C}$) dan melakukan perawatan tali pusat.
 - 4) Mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.
- b. Kunjungan KN 2 pada waktu 3 – 7 hari setelah bayi lahir dengan tujuan:
- 1) Menanyakan keseluruhan keadaan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui.
 - 2) Mengamati keadaan suasana hati ibu dan cara berinteraksi dengan bayinya.
 - 3) Melakukan pemeriksaan fisik.
- c. Kunjungan KN 3 pada waktu 8 – 28 hari setelah bayi lahir dengan tujuan:
- 1) Menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi.
 - 2) Memberitahu ibu tentang ASI eksklusif.
 - 3) Memberitahu ibu cara menyusui yang benar.

2.4.4 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Menurut Dewi (2011), bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- c. Panjang badan 48-52 cm.
- d. Lingkar dada 30-38 cm.
- e. Lingkar kepala 33-35 cm.
- f. Lingkar lengan 11-12 cm.
- g. Frekuensi denyut jantung 120-160 kali/menit.
- h. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutann yang cukup.
- j. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.

- k. Kuku agak panjang dan lemas.
- l. Nilai APGAR >7.
- m. Gerak aktif.
- n. Bayi lahir langsung menangis kuat.
- o. Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- p. Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- q. Refleks *morro* (gerakkan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- r. Refleks *grasping* (menggenggam) sudah baik.
- s. Genetalia.
 - 1) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - 2) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
- t. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

2.4.5 Ciri-ciri Bayi dengan Makrosomia (Padila, 2015).

2.4.5.1 Pada saat kehamilan

- a. Uterus lebih besar dari biasanya atau tidak sesuai dengan usia gestasi.
- b. Tinggi fundus pada kehamilan aterm lebih dari 40 cm.
- c. Taksiran berat badan janin dari 4000 gram.

2.4.5.2 Pada bayi baru lahir

- a. Berat badan lebih dari 4000 gram.
- b. Badan montok dan kulit kemerahan.
- c. Organ internal membesar.
- d. Lemak tubuh banyak.

2.4.6 Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

Menurut Sondakh (2013), asuhan pada bayi baru lahir, antara lain sebagai berikut:

2.4.6.1 Pemotongan tali pusat

Tali pusat dapat dijepit dengan kocher atau klem kira-kira 3 cm dan sekali lagi 1,5 cm dari pusat. Pemotongan dilakukan antara kedua klem tersebut. Kemudian bayi diletakkan diatas kain bersih atau steril yang hangat. Setelah itu, dilakukan pengikatan tali pusat dengan alat penjepit plastik atau pita dari nilon atau juga dapat benang kain steril. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis, meningitis, dan lain-lain, maka ditempat pemotongan dan dipangkal tali pusat tidak diberikan apapun, selanjutnya tali pusat dirawat dalam keadaan steril/bersih dan kering.

2.4.6.2 Penilaian APGAR

Penilaian keadaan umum bayi dimulai satu menit setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian berikutnya dilakukan pada menit kelima dan kesepuluh. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.

Tabel 2.3 Apgar Score

	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstrimitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
<i>Pulse rate</i> (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
<i>Grimace</i> (reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (<i>grimace</i>)	Batuk/bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit fleksi	Gerakkan aktif
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber :Sondakh (2013)

2.4.6.3 Pemberian ASI awal

Menurut Walyani & Endang, (2015) pemberian ASI awal disebut dengan IMD. Beberapa penelitian membuktikan bahwa IMD membawa banyak sekali keuntungan untuk ibu dan bayi.

2.4.6.3.1 Mendekatkan hubungan batin ibu dan bayi, karena pada IMD terjadi komunikasi batin secara sangat pribadi dan sensitif.

2.4.6.3.2 Bayi akan mengenal ibunya lebih dini sehingga akan memperlancar proses laktasi.

2.4.6.3.3 Suhu tubuh bayi stabil karena hipotermi telah di koreksi panas tubuh ibunya.

2.4.6.3.4 Refleks oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal.

2.4.6.3.5 Refleks oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal.

2.4.6.3.6 Mempercepat produksi ASI, karena sudah mendapat rasangan isapan dari bayi lebih awal.

Prosedur dan gambaran proses IMD

- a. Tempatkan bayi diatas perut ibunya dalam selama 2 jam pertama tanpa batasan kain diantara keduanya (*skin to skin contact*), lalu selimuti ibu dan bayi dengan selimut hangat. Posisikan bayi dalam keadaan tengkurap.
- b. Setelah bati stabil dan mulai beradaptasi dengan lingkungan luar uterus, ia akan memulai mencari putting susu ibunya.
- c. Hembusan angin dan panas tubuh ibu akan memancarkan bau payudara ibu, secara insting bayi akan mencari sumber bau tersebut.

- d. Dalam beberapa menit bayi akan merangkak keatas dan mencari serta merangsang puting susu ibunya, selanjutnya ia akan mulai menghisap.
- e. Selama periode ini tangan bayi akan memasase payudara ibu dan selama itu pula reflex pelepasan hormon oksitosin ibu akan terjadi.
- f. Selama prosedur ini bidan tidak boleh meninggalkan ibu dan bayi sendirian. Tahap ini sangat penting karena bayi dalam kondisi siaga penuh. Bidan harus menunda untuk memandikan bayi, melakukan pemeriksaan fisik, maupun prosedur lain.

2.4.6.4 Perawatan bayi baru lahir

a. Pertolongan pada saat bayi lahir

- 1) Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
- 2) Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

b. Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah larutan perak nirat atau neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

c. Pemberian vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5%. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan vitamin K secara IM (Intra Muskular dibagian paha bawah kiri lateral dengan dosis 0,5-1 mg (Saifuddin, 2009).

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dari kepala sampai ekstrimitas (*head to toe*) dan pemeriksaan ini dilakukan setelah kondisi bayi stabil, biasanya 6 jam setelah lahir.

e. Identifikasi bayi

Untuk memudahkan identifikasi, alat pengenal bayi perlu dipasang segera pasca persalinan. Alat yang digunakan sebaiknya tahan air, dengan tepi halus yang tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas. Pada alat/gelang identifikasi, tercantum nama (bayi dan ibunya), tanggal lahir nomor bayi, jenis kelamin dan unit. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus tercetak dicatatan yang tidak mudah hilang. Berat lahir, panjang bayi, lingkaran kepala dan lingkaran perut diukur, kemudian dicatat dalam rekam medik.

f. Perawatan lain-lain

1) Lakukan perawatan tali pusat

- a) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara.
- b) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.

- 2) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang kerumah, diberikan imunisasi hepatitis B dipaha bawah kanan lateral secara IM (Intra Muskular).
- 3) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut.
 - a) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali/ menit.
 - b) Warna kuning (terutama 24 jam pertama), biru atau pucat.
 - c) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
 - d) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernapasan sulit.
 - e) Feses atau kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.
- 4) Orang tua dianjurkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:
 - a) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2 – 3jam, mulai dari hari pertama.
 - b) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, serta mengganti popok.
 - c) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
 - d) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi.

2.4.7 Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2009) tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, antara lain:

2.4.7.1 Sesak napas.

- 2.4.7.2 Malas minum.
- 2.4.7.3 Panas (demam tinggi) atau suhu badan bayi rendah (hipotermi).
- 2.4.7.4 Sianosis.
- 2.4.7.5 Tonus otot lemah (tidak aktif).
- 2.4.7.6 Sulit minum.
- 2.4.7.7 Periode apneu.
- 2.4.7.8 Kejang/periode kejang-kejang kecil.
- 2.4.7.9 Merintih.
- 2.4.7.10 Perdarahan.
- 2.4.7.11 Sangat kuning (Ikterik).

2.5 Asuhan Nifas

2.5.1 Pengertian

Masa Nifas (*peurperium*) adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarawati, 2009)

Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil (Saleha, 2009).

2.5.2 Tujuan asuhan masa nifas

Menurut Ambarwati (2009), tujuan dari asuhan kebidanan pada masa nifas normal terbagi dua, yaitu:

2.5.2.1 Tujuan umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

2.5.2.2 Tujuan khusus

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.
- b. Melaksanakan *Skrining* yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.

2.5.3 Standar asuhan masa nifas

2.5.3.1 Standar pelayanan nifas

Menurut Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI) (2006), terdapat dua standar dalam pelayanan nifas, yaitu:

- a. Standar 14: penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan
Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.
- b. Standar 15: pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas
Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan

tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.5.3.2 Standar kunjungan

Menurut Eny (2010), kunjungan pada masa nifas dilakukan paling sedikit minimal 4 kali kunjungan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.4 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi perdarahan banyak. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

Kunjungan	Waktu	Tujuan
3	2-3 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4.	4-6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini. c. Perhatikan kondisi umum bayi, apakah ada icterus atau tidak.

Sumber : Eny (2010)

2.5.4 Kebutuhan dasar pada ibu nifas

Menurut Saleha (2009), Kebutuhan dasar masa nifas adalah sebagai berikut:

2.5.4.1 Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2.5.4.2 Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24 jam post partum

Early ambulation tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya. Penambahan *early ambulation* harus berangsur-angsur, jadi tidak segera bangun dan dibenarkan melakukan kegiatan seperti mencuci, memasak, dan sebagainya.

2.5.4.3 Eliminasi

a. Buang Air Besar (BAB)

Ibu post partum diharapkan dapat bab setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga belum juga bab. Maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa bab, maka dilakukan klisma (huknah).

b. Buang Air Kecil (BAK)

Ibu diminta untuk bak 6 jam post partum. Jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekaliberkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu postpartum:

- 1) Berkurangnya tekanan intraabdominal.
- 2) Otot-otot perut masih lemah.
- 3) Edema pada uretra.

c. *Personal hygiene*

Pada masa post partum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga. Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut:

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum.
- 2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai bab dan bak.
- 3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah sinar matahari dan disetrika.

- 4) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminya.
- 5) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

2.5.4.4 Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

- a. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal berikut:
 - 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - 2) Memperlambat proses involusio uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - 3) Menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

2.5.4.5 Aktivitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut:

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu,

misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

2.5.5 Perubahan fisiologi pada masa nifas

Menurut Saleha (2009), Selama masa nifas, alat-alat internal maupun eksternal berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut.

2.5.5.1 Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk kedalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar.

Tabel.2.5
Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa
Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gram
2 Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gram
6 Minggu	Normal	50 gram
8 Minggu	Normal, sebelum hamil	30 gram

Sumber : Saleha (2009)

2.5.5.2 Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokia terbagi menjadi empat jenis, yaitu Lokia rubra, sanguelenta, serosa dan alba. Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita masa nifas, antara lain :

- a. Lokia Rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lokia yang akan keluar selama 2 sampai 3 hari postpartum.
- b. Lokia Sanguelenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke 3 sampai ke 7 pasca persalinan.
- c. Lokia Serosa adalah lokia berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokia rubra. Lokia ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7 sampai hari ke 14 pasca persalinan.
- d. Lokia Alba adalah lokia yang terakhir. Dimulai dari hari ke 4 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

2.5.5.3 Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenarasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta.

2.5.5.4 Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama dibagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum.

2.5.5.5 Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas ber dinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkelae mitiformis yang khas bagi wanita multipara.

2.5.5.6 Payudara (*Mamae*)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu sebagai berikut :

- a. Produksi susu.
- b. Sekresi susu atau *let down*.

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kalenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan.

2.5.5.7 Sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi.

2.5.5.8 Sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Kandung kemih pada puerperium mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif, oleh karena itu distensi yang berlebihan, urine residual yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan.

2.5.5.9 Sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut.

a. Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdaraha. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b. Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium kearah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan menstruasi.

2.5.6 Tanda bahaya pada masa nifas

Menurut Saleha (2009), patologi yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Infeksi nifas.
- b. Perdarahan dalam masa nifas.
- c. Infeksi saluran kemih.
- d. Patologi menyusui.

2.6 Asuhan Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian

Menurut Saifuddin (2006), Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual.

2.6.2 Tujuan program keluarga berencana

Menurut Saifuddin (2006), tujuan program keluarga berencanan, antara lain:

- 2.6.2.1 Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
- 2.6.2.2 Menurunkan jumlah angka kelahiran bayi.
- 2.6.2.3 Meningkatkan kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran.

2.6.3 Metode keluarga berencana

2.6.3.1 Menurut Saifuddin (2006), metode KB Alami, antara lain:

- a. Metode Kalender.
- b. Metode Suhu Basal.
- c. Senggama Terputus.

2.6.3.2 Metode KB Non Hormonal

- a. Kondom.
- b. Spermisida.
- c. AKDR (Alat Kontrasepsi dalam Rahim).

2.6.3.3 Metode KB Hormonal

- a. Pil.
- b. Suntik.
- c. Implant.

2.6.4 KB Suntik 3 Bulan

Menurut Saifuddin (2006), menjelaskan KB suntik 3 bulan, yaitu:

2.6.4.1 Pengertian

Suntik KB 3 bulan adalah kontrasepsi suntik yang mengandung *medroksiprogesteron asetat* 150 mg yang disuntikan setiap 3 bulan secara IM di daerah bokong.

2.6.4.2 Jenis

Ada dua jenis alat kontrasepsi suntikan yang mengandung progestin, yaitu :

- a. Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3

bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).

- b. Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

2.6.4.3 Cara Kerja

1. Mencegah ovulasi.
2. Mengentalkan lendir serviks, sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
3. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
4. Menghambat transportasi gamet oleh tuba

2.6.4.4 Efektifitas

Kedua Kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

2.6.4.5 Keuntungan

Keuntungan dari KB suntik 3 bulan, antara lain :

- a. Sangat Efektif.
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f. Sedikit efek samping.
- g. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h. Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause.
- i. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

- j. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k. Mencegah beberapa penyakit radang panggul.
- l. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

2.6.4.6 Kerugian

- a. Sering ditemukan gangguan haid.
- b. Bergantung pada tempat pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d. Permasalahan berat badan.
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau HIV.
- f. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala dan jerawat.

2.6.4.7 Indikasi

- a. Usia reproduksi.
- b. Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- c. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi.
- d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f. Setelah abortus dan keguguran.
- g. Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h. Tekanan darah <180/110 mmHg.
- i. Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- j. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- k. Anemia difisiensi zat besi.

- l. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kombinasi.

2.6.4.8 Kontra Indikasi

- a. Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorhea.
- d. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- e. Diabetes melitus dan disertai komplikasi.

2.6.4.9 Efek Samping

Efek samping yang dapat timbul pada KB suntik 3 bulan, antara lain :

- a. Amenore (tidak terjadi perdarahan).
- b. Perdarahan bercak (*spotting*).
- c. Meningkatnya/menurunnya berat badan.

2.6.4.10 Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi

- a. Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil.
- b. Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- c. Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d. Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan.
- e. Ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi lain dan ingin menggantinya dengan jenis suntikan yang lain lagi.

2.6.4.11 Cara Penggunaan Kontrasepsi

- a. Kontrasepsi Suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikan secara IM (Intra Muskular) dalam didaerah pantat.

- b. Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru disuntik.
- c. Kocok dengan baik, dan hindari gelumbung udara.

2.6.4.12 Kunjungan Ulang

Klien harus kembali ketempat pelayanan kesehatan atau klinik untuk mendapatkan suntukan kembali setiap 12 minggu.