

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Kehamilan Fisiologis

2.1.1 Pengertian Asuhan Kebidanan Fisiologis

Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis bukan patologis. Kehamilan juga merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi (Wulanda dalam Mochat, 2012).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari fertilisasi hingga lahirnya bayi kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu (minggu ke-0 hingga minggu ke-12), trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2011).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya 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 (Prawirohardjo, 2011).

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

2.1.2 Tujuan Asuhan Kehamilan Fisiologis

Menurut *Handbook for Health Student* (2014), tujuan pemberian asuhan *antenatal care* (ANC), antara lain sebagai berikut:

1. Memantau kemajuan kehamilan dan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu.
3. Mengenal secara dini adanya ketidaknormalan, komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
4. Mempersiapkan kehamilan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal kunjungan antenatal.

2.1.3 Kunjungan Antenatal

Menurut Kemenkes RI (2010), dalam melaksanakan pelayanan antenatal care, ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang sering dikenal dengan 10 T, adalah sebagai berikut:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

3. Pemeriksaan tekanan darah
4. Pemeriksaan puncak Rahim (tinggi Fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan detak jantung janin (DJJ)
6. Tentukan presentasi janin
7. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid

Tabel 1.1 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

| Antigen | Interval (selang waktu minimal) | Lama perlindungan | % Perlindungan |
|---------|----------------------------------|-------------------|----------------|
| TT 1 | Pada kunjungan antenatal pertama | - | - |
| TT 2 | 4 Minggu setelah TT 1 | 3 Tahun | 80 % |
| TT 3 | 6 Bulan setelah TT 2 | 5 Tahun | 95 % |
| TT 4 | 1 Tahun setelah TT 3 | 10 Tahun | 95 % |
| TT 5 | 1 Tahun setelah TT 4 | Seumur Hidup | 99 % |

(Kusmayati, 2010)

8. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
9. Tes laboratorium (urin dan Khusus)
10. Tatalaksanaan dan penanganan kasus.

2.1.4 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Menurut Depkes RI (2009), manfaat Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan dan bayi baru lahir bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

Sasaran Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah seluruh ibu hamil yang ada di suatu wilayah. Jenis kegiatan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dilakukan untuk menuju persalinan yang aman dan selamat.

Jenis kegiatan P4K yaitu:

1. Mendata seluruh ibu hamil
2. Memasang Stiker P4K di setiap rumah ibu hamil
3. Membuat perencanaan persalinan melalui penyiapan:
 - a. Taksiran persalinan
 - b. Penolong persalinan
 - c. Tempat persalinan
 - d. Pendamping persalinan
 - e. Transportasi atau *ambulance* desa
 - f. Calon pendonor darah
 - g. Dana
 - h. Penggunaan metode KB pasca persalinan

2.1.5 Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan

Menurut Kamariyah (2014), Ibu hamil mengalami perubahan anatomi dan fisiologi pada kehamilan trimester III yaitu:

1. Sistem Reproduksi dan Payudara

a. Uterus

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram-1000 gram pada akhir kehamilan empat puluh minggu. Pada kehamilan 28 minggu, TFU (Tinggi Fundus Uteri) terletak 2-3 jari diatas pusat, Pada kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri (TFU) satu jari dibawah *Prosesus xifoideus*. Dan pada kehamilan 40 minggu, tinggi fundus uteri (TFU) berada tiga jari dibawah *Prosesus xifoideus* (Rismalinda, 2015).

Pada trimester III istmus uteri lebih nyata menjadi corpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah uterus atau segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua, kontraksi otot-otot bagian atas uterus menyebabkan segmen bawah rahim (SBR) menjadi lebih lebar dan tipis (tampak batas yang nyata antara

bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis). Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologik. Dinding uterus diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada segmen bawah rahim (Romauli, S. 2011).

b. Payudara

Pembentukan lobules dan alveoli memproduksi dan mensekresi cairan yang kental kekuningan yang disebut kolostrum. Pada trimester 3 aliran darah di dalamnya lambat dan payudara menjadi semakin besar (Maryunani, A. 2010).

2. Sistem Kardiovaskular

Selama trimester terakhir, kelanjutan penekanan aorta pada pembesaran uterus juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Pada posisi terlentang ini akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan dengan posisi miring (Rismalinda, 2015).

3. Sistem Pernapasan

Pergerakan diafragma semakin terbatas seiring penambahan ukuran uterus dalam rongga abdomen. Setelah minggu ke 30, peningkatan volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan mencapai puncaknya pada minggu ke37. Wanita hamil akan bernafas lebih dalam sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron (Rismalinda, 2015).

4. Sistem Perkemihan

Akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul menyebabkan penekanan uterus pada *vesica urinaria*. Keluhan sering berkemih pun dapat muncul kembali. Selain itu, terjadi peningkatan sirkulasi darah di ginjal yang kemudian berpengaruh pada peningkatan laju filtrasi glomerulus dan *renal plasma flow* sehingga timbul gejala poliuria. Pada ekskresi akan dijumpai

kadar asam amino dan vitamin yang larut air lebih banyak (Rusmalinda, 2015).

5. Sistem Integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Pada mutipara selain *striae* kemerahan itu sering kali di temukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya.

Pada kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*, kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *cloasma* atau *melasma gravidarum*, selain itu pada areola dan daerah genetalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan (Kamariyah, 2014).

6. Sistem Muskuloskeletal

Akibat pembesaran uterus ke posisi anterior, umumnya wanita hamil memiliki bentuk punggung cenderung lordosis. Sendi sacroiliaca, sacrococcigis, dan pubis akan meningkat mobilitasnya diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap pada wanita hamil dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung (Rismalinda, 2015).

7. Sistem Neurologi

Usia Kehamilan yang memasuki trimester III ini, wanita hamil mengalami penurunan memori. Penurunan ini disebabkan oleh depresi, kecemasan, kurang tidur atau perubahan fisik lain yang dikaitkan dengan kehamilan. Penurunan memori yang diketahui

hanyalah sementara dan cepat pulih setelah kelahiran (Kamariyah, 2014).

8. Sistem Pencernaan

Perubahan yang paling nyata adalah adanya penurunan motilitas otot polos pada organ digestif dan penurunan sekresi asam lambung. Akibatnya, tonus *sphincter* esofagus bagian bawah menurun dan dapat menyebabkan refluks dari lambung ke esofagus sehingga menimbulkan keluhan seperti *heartburn*. Penurunan motilitas usus juga memungkinkan penyerapan nutrisi lebih banyak, tetapi dapat muncul juga keluhan seperti konstipasi. Sedangkan mual dapat terjadi akibat penurunan asam lambung (Rusmalinda, 2015).

9. Sistem Endokrin

Perubahan sistem endokrin ini sangat penting dalam pemeliharaan pertumbuhan fetal dan pemulihan post partum

a. Kelenjar tyroid

Aktifitas kelenjar dan produksi hormon meningkat, terjadi pembesaran kelenjer tiroid karena hiperplasi jaringan kelenjar dan meningkatnya vaskularisasi.

b. Kelenjer paratyroid

Kehamilan menyebabkan hiperparatyroid, refleksinya meningkat kebutuhan kalsium dan vitamin D.

c. Pankreas

Awal kehamilan pankreas menurunkan produksi insulinnya disebabkan oleh janin membutuhkan glukosa dalam jumlah yang cukup untuk tumbuh.

d. Prolaktin Pitiutary

Pada trimester I serum prolaktin meningkat secara profresif sampai matur, sekresi terhambat karena hormon estrogen yang tinggi.

e. Sistem endokrin dan nutrisi

Estrogen dan progesteron menyebabkan cadangan lemak pada jaringan subcutis melebihi pada abdomen, punggung dan bagian atas (Kamariyah, 2014).

2.1.6 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Dalam Masa Kehamilan

Menurut Kusmiyati (2010), perubahan adaptasi psikologis dalam masa kehamilan trimester III yaitu, pada trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayinya sebagai makhluk yang tidak terpisahkan sehingga ia tidak sabar menanti kehadiran bayi. Perasaan waspada mengingat bayi dapat lahir kapanpun, membuatnya berjaga-jaga dan memperhatikan serta menunggu tanda dan gejala persalinan muncul.

2.1.7 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Rismalinda (2015), kebutuhan dasar ibu hamil yaitu:

1. Nutrisi
2. Pekerjaan Rumah Tangga
3. Wanita Pekerja di Luar Rumah
4. Hubungan Seksual
5. Kunjungan Ulang
6. Pakaian
7. Olahraga saat hamil
8. Istirahat dan Tidur
9. Personal Hygiene
10. Bepergian (*Travelling*)
11. Imunisasi
12. Persiapan Persalinan dan Laktasi
13. Perawatan Gigi
14. Support Emosional

2.1.8 Ketidaknyamanan dan Penanganan Selama Kehamilan

Menurut Rismalinda (2015), ketidaknyamanan selama kehamilan dan mengatasinya pada trimester III yaitu:

1. Pusing

Pusing disebabkan oleh hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan, hemodinamis, pengumpulan darah di dalam pembuluh tungkai akan mengurangi aliran balik vena dan menurunkan *output kardiak* serta tekanan darah dengan tegangan othostatis yang meningkat, serta juga mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia, dan sakit kepala pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeklamsi berat.

Cara mengatasi pusing yaitu dengan menggunakan kompres panas atau es pada leher, istirahat yang cukup, dan mandi dengan air hangat (Rismalinda, 2015).

2. Bengkak pada kaki

Bengkak pada kaki disebabkan oleh beban yang berat, cairan yang tertimbun dalam kaki, dan aliran darah tidak lancar karena pembuluh darah balik yang ada di kaki menjadi tersumbat.

Cara mengatasi bengkak pada kaki yaitu dengan menghindari untuk tidak sering berdiri, melakukan senam atau jalan-jalan pada pagi hari, meninggikan posisi kaki pada saat tidur, berbaring ke kiri jika ingin tidur, banyak minum air putih, dan menghindari menyilang kaki (Kamariyah, 2014).

3. Keputihan

Keputihan disebabkan oleh adanya peningkatan dan pelepasan epitel vagina akibat peningkatan pertumbuhan sel-sel, dan meningkatnya produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.

Cara mengatasi keputihan yaitu dengan tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun lebih daya kuat serapnya, serta hindari pakaian dalam dan *pantyhouse* yang terbuat dari nilon (Roumali, S, 2011).

3. Sering Buang air kecil

Sering buang air kecil disebabkan oleh meningkatnya peredaran darah ketika hamil, tekanan pada kandung kemih akibat membesarnya rahim, tekanan uterus pada kandung kemih, nocturia akibat eksresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air, dan air dan sodium tertahan di bawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam.

Cara mengatasi sering buang air kecil yaitu dengan kosongkan saat terasa dorongan untuk kencing, perbanyak minum pada siang hari, kurangi minum di malam hari untuk mengurangi nocturia mengganggu tidur, dan batasi minum bahan uretika alamiah: kopi, teh, cola dengan cafein (Hani, U. 2014).

4. Sesak Nafas atau Hiperventilasi

Sesak nafas disebabkan oleh meningkatnya kadar progesteron yang berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar kabondioksida (CO_2), serta meningkatkan kadar karbondioksida (CO_2) meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan kadar karbondioksida (CO_2), dan uterus membesar sehingga menekan pada diagfragma.

Cara mengatasi sesak nafas yaitu dengan mendorong secara sengaja agar mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi, secara periodik berdiri dan merentangkan lengan kepala serta menarik nafas panjang, dan mendorong postur tubuh yang baik melakukan pernafasan interkostal (Rismalinda, 2015).

5. Nyeri Ligamentum Rotundum

Nyeri ligamentum rotundum disebabkan oleh hipertrofi dan peregangan ligamentum selama kehamilan, serta adanya tekanan dari uterus pada ligamentum.

Cara mengatasi nyeri ligamentum rotundum yaitu dengan menekuk lutut ke arah abdomen, mandi dengan air hangat, menggunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika diagnosa lain tidak melarang, serta menopang uterus dengan bantal di bawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring (Kamariyah, 2014).

2.1.9 Tanda Dan Bahaya Dalam Kehamilan

Menurut Kusmiyati (2010), tanda dan bahaya dalam kehamilan yaitu: perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, penglihatan atau pandangan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, dan gerakan janin tidak terasa.

2.1.10 Faktor-Faktor Yang Menempatkann Ibu pada Resiko Tinggi

Menurut Lockhart (2014) factor-faktor yang menempatkan ibu dalam resiko tinggi yaitu:

1. Usia

Remaja yang berusia di bawah 15 tahun dan nulipara yang usianya 35 tahun atau lebih dan multipara yang usianya sudah 40 tahun atau lebih.

2. Paritas

- a. Tidak pernah hamil 8 tahun atau lebih sejak kehamilan terakhir
- b. Mangalami kehamilan dengan durasi sedikitnya 20 minggu sebanyak 5 kali atau lebih
- c. Kehamilan terjadi lagi dalam waktu 3 bulan dari persalinan terakhir

3. Keberadaan kelainan medis yang kronis atau akut
 - a. Hipertensi gestasional
 - b. Anemia
 - c. Disfusi persalinan
 - d. Panggul sempit
 - e. Bayi premmatur atau BBLR
4. Riwayat obstetric dan ginekologi
 - a. Dua atau lebih kelahiran premature atau abortus spontan
 - b. Satu atau lebih bayi lahir mati
 - c. Rongga pelvis yang tidak adekuat atau bentuk pelvis yang abnormal
 - d. Riwayat kehamilan kembar
 - e. Riwayat distosia

2.2 Asuhan Persalinan Fisiologis

2.2.1 Pengertian Asuhan Persalinan Fisiologis

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2010).

Persalinan normal adalah persalian yang terjadi pada usia aterm (bukan premature atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi) setelah selesai 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitannya, mempunyai jan tunggal dengan presentase kepala, terlaksana tanpa bantuan artificial, tidak mencakup komplikasi, plasenta lahir normal (Mochtar, 2012).

Persalinan dan kelahiran adalah proses kelahiran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37 minggu sampai 42 minggu, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama

18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu atau pada janin (Prawirohardjo, 2010).

Persalinan normal WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal kehamilan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu. Dan setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik.

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan Fisiologis

Menurut Prawirohardjo (2010), tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

2.2.3 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) (2008), lima benang merah yang saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah sebagai berikut:

1. Membuat Keputusan Klinik
2. Asuhan sayang Ibu
3. Pencegahan Infeksi
4. Pencacatan (Dokumentasi)
5. Rujukan.

2.2.4 Tanda-Tanda Persalinan

2.2.4.1 Adanya kontraksi Rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal istilah

kontraksi, kontraksi tersebut berirama, teratur dan involuter. Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat, perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi (Walyani, 2015).

2.2.4.2 Keluarnya Lendir Darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan, Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud boody slim (Walyani, 2015).

2.2.4.3 Keluarnya air-air (Ketuban)

Proses penting menjelang kehamilan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa genetasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum (Walyani, 2015).

2.2.4.4 Pembukaan Serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat (Walyani, 2015).

2.2.5 Tahapan Persalinan

Menurut Marmi (2012), tahapan persalinan dibagi menjadi 4, yaitu:

2.2.5.1 Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

b. Fase Aktif, dibagi menjadi dalam 3 fase lagi, yaitu:

- 1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- 2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
- 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

2.2.5.2 Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir.

Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multi gravida.

2.2.5.3 Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Jika lebih dari 30 menit, maka harus diberi penanganan yang lebih atau dirujuk.

2.2.5.4 Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

2.2.6 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Marmi (2012), mekanisme persalinan normal mempunyai 4 tahapan, yaitu:

2.2.6.1 Descent (Penurunan)

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.

2.2.6.2 Fleksi

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

2.2.6.3 Putaran Paksi Dalam

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

2.2.6.4 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 dan ke atas sehingga kepala harus menegenadah untuk melaluinya.

2.2.6.5 Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.

2.2.6.6 Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochlin untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnyaseluruh badan lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.2.7 Tanda Bahaya Persalinan

Menurut KemenKes (2016), tanda bahaya mada masa persalinan yaitu:

1. Perdarahan Lewat Jalan Lahir.
2. Ibu mengalami kejang.
3. Ibu tidak kuat mengedan.

4. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.
5. Air ketuban keruh dan berbau.

2.2.8 Partus Presipitatus

Partus Presipitatus adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan, berakhir kurang dari 3 jam dari awitan kelahiran, dan melahirkan di luar rumah sakit adalah situasi kedaruratan yang membuat terjadi peningkatan resiko komplikasi dan/atau hasil yang tidak baik pada klien/janin (Doenges, 2011).

1. Penyebab

- a. Abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir
- b. Abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat
- c. Pada keadaan yang sangat jarang dijumpai oleh tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses-proses persalinan yang sangat kuat itu (Doenges, 2011).

2. Tanda dan Gejala

Dapat mengalami ambang nyeri yang tidak biasanya atau tidak menyadari kontraksi abdominal. Kemungkinan tidak ada kontraksi yang dapat diraba, bila terjadi pada ibu yang obesitas. Ketidaknyamanan punggung bagian bawah (tidak dikenali sebagai tanda kemajuan persalinan). Kontraksi uterus yang lama/hebat, ketidak-adekuatan relaksasi uterus diantara kontraksi. Dorongan invalunter lintula mengejan (Doenges, 2011).

3. Akibat Pada Ibu

Partus presipitatus jarang disertai dengan komplikasi maternal yagn serius jika serviks mengadakan penipisan serta dilatasi dengan mudah, vagina sebelumnya sudah teregang dan perineum dalam keadaan lemas (relaksasi). Namun demikian, kontraksi uterus yang kuat disertai serviks yang panjang serta kaku, dan vagina, vulva atau perineum yang tidak teregang dapat menimbulkan

rupture uteri atau laserasi yang luas pada serviks, vagina, vulva atau perineum. Dalam keadaan yang terakhir, emboli cairan ketuban yang langka itu besar kemungkinannya untuk terjadi. Uterus yang mengadakan kontraksi dengan kekuatan yang tidak lazim sebelum proses persalinan bayi, kemungkinan akan menjadi hipotonik setelah proses persalinan tersebut dan sebagai konsekuensinya, akan disertai dengan perdarahan dari tempat implantasi placenta (Prawirohardjo, 2014).

4. Akibat Pada Fetus dan Neonatus

Mortalitas dan morbiditas perinatal akibat partus presipitatus dapat meningkat cukup tajam karena beberapa hal. Pertama, kontraksi uterus yang amat kuat dan sering dengan interval relaksasi yang sangat singkat akan menghalangi aliran darah uterus dan oksigenasi darah janin. Kedua, tahanan yang diberikan oleh jalan lahir terhadap proses ekspulsi kepala janin dapat menimbulkan trauma intrakranial meskipun keadaan ini seharusnya jarang terjadi. Ketiga, pada proses kelahiran yang tidak didampingi, bayi bisa jatuh ke lantai dan mengalami cedera atau memerlukan resusitasi yang tidak segera tersedia (Prawirohardjo, 2014).

5. Penanganan

Kontraksi uterus spontan yang kuat dan tidak lazim, tidak mungkin dapat diubah menjadi derajat kontraksi yang bermakna oleh pemberian anastesi. Jika tindakan anastesi hendak dicoba, takarannya harus sedemikian rupa sehingga keadaan bayi yang akan dilahirkan itu tidak bertambah buruk dengan pemberian anastesi kepada ibunya. Penggangguan anastesi umum dengan preparat yang bisa mengganggu kemampuan kontraksi rahim, seperti haloton dan isofluran, seringkali merupakan tindakan yang terlalu berani. Tentu saja, setiap preparat oksitasik yang sudah diberikan harus dihentikan dengan segera. Preparat tokolitik,

seperti ritodrin dan magnesium sulfat parenteral, terbukti efektif. Tindakan mengunci tungkai ibu atau menahan kepala bayi secara langsung dalam upaya untuk memperlambat persalinan tidak akan bisa dipertahankan. Perasat semacam ini dapat merusak otak bayi tersebut. (Prawirohardjo, 2014).

2.2.9 Asuhan Persalinan Fisiologis

Menurut Prawirohardjo (2014), tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah yaitu:

Tabel 2.1 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

| 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal |
|--|
| I. 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 springter ani membuka |
| II. menyiapkan Pertolongan Persalinan |
| 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. |
| Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kaca mata, sepatu tertutup. |
| 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. |
| Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam. |
| 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 |
| 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. |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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. |
| Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran |
| 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 |
| Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit. |
| V. Persiapan Pertolongan Persalinan |
| Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi. |
| Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu. |
| Membuka partus set. |
| Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. |
| VI. Menolong Kelahiran Bayi |
| 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 |
| 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, mengklemya di dua tempat dan memotongnya. |
| Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. |
| 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 kuat untuk melahirkan bahu posterior. |
| 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. |
| 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 |
| 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) |
| Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi menggunakan topi. |
| Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua |
| Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik |
| 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. |
| 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) |
| Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut. |
| Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan |

| |
|--|
| memulai pemberian ASI. |
| Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum. |
| Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain. |
| 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. |
| 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. <ul style="list-style-type: none"> 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 jika perlu. |
| 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 terpinil. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban tersebut. |
| 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 |
| Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. |
| Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. |
| Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. |
| 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. |
| Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih. |
| Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus. |
| Mengevaluasi kehilangan darah. |
| 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. |
| Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering. |
| Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi. |
| Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai. |
| Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering. |
| Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan. |
| Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih. |
| Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. |
| Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. |
| Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi |
| 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. |
| 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. |
| Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. |
| Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering. |
| Lengkapi partograf |

2.3 Pengertian Asuhan Bayi Baru Lahir Fisiologis

2.3.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dengan berat badan 2500 gram sampai dengan 4000 gram dengan masa kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Bayi baru lahir dengan usia 0-7 hari dapat disebut neonatal dini, sedangkan 0-28 hari disebut neonatal lanjut.

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

2.3.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Puspita (2014), tujuan asuhan bayi baru lahir yaitu:

1. Mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi.
2. Menghindari risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.
3. Mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasikan masalah kesehatan BBL yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

2.3.3 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2010), bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria adalah sebagai berikut:

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2.500-4000 gram
3. Panjang badan 48-52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar Lengan 11-12 cm
7. Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-110 x/menit

8. Pernafasan 40-60 x/menit
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan diliputi vernik caseosa
10. Rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang atau melewati jari-jari
12. Genetalia
13. Reflek hisap dan menelan baik
14. Reflek suara sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan memeluk
15. Reflek menggenggam sudah baik
16. Eliminasi baik, urine dan meconium akan keluar 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan

2.3.4 Asuhan pada Bayi Baru Lahir

2.3.4.1 Penilaian awal bayi baru lahir

Menurut Puspita (2014), penilaian awal bayi baru lahir yaitu:

a. Nilai kondisi bayi:

- 1) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan ?
- 2) Apakah bayi bergerak aktif dengan aktif atau lemas?
- 3) Apakah warna kulit bayi merah muda, pucat, atau biru?

Ketiga hal di atas dilakukan secara cepat, dan tepat guna melanjutkan pemberian asuhan bayi baru lahir selanjutnya.

b. Membersihkan jalan nafas

- 1) Sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
- 2) Bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi dengan kain bersih kering atau kassa.

- 3) Periksa ulang pernafasan.
 - 4) Bayi akan segera menangis dalam waktu 30 detik pertama setelah lahir.
- c. Jika tidak dapat menangis spontan dilakukan:
- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
 - 2) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga bayi ekstensi.
 - 3) Bersihkan hidung, rongga mulut, dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
 - 4) Tepuk telapak tangan bayi sebanyak 2-3 kali gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar
- d. Penghisapan lendir
- 1) Gunakan alat penghisap lendir mulut (*De Lee*) atau alat lain yang steril, sediakan juga tabung oksigen dan selangnya.
 - 2) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
 - 3) Memantau atau mencatat usaha nafas yang pertama.
 - 4) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.

2.3.4.2 Pencegahan Infeksi

Menurut Puspita (2014), Bayi baru Lahir sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya.

- a. Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT, jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.

- d. Pastikan semua pakain, handuk, selimut, serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih.
- e. Pastikan timbangan, pipa pengukur, termometer, stetoskop, dan benda-benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi setelah digunakan).

2.3.4.3 Pencegahan Kehilangan Panas

Bayi baru lahir dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai, dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Mekanisme kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir, antara lain:

- a. Evaporasi adalah cara kehilangan panas yang utama pada tubuh bayi terjadi karena menguapkan air ketuban yang tidak cepat dikeringkan, atau terjadi setelah bayi dimandikan.
- b. Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- c. Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara di sekitar yang lebih dingin.
- d. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi.

2.3.4.4 Perawatan Tali Pusat

Menurut Puspita (2014), setelah palsenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat dengan cara:

- a. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- b. Bilas tangan dengan air matang atau DTT.
- c. Keringkan tangan (besarung tangan).

- d. Letakkan bayi yang terbungkus di atas permukaan yang bersih dan hangat.
- e. Ikat ujung tali sekitar 1 cm dari pusat dengan menggunakan benang DTT. Lakukan simpul kunci atau jepitan.
- f. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci di bagian tepi pada sisi yang berlawanan.
- g. Lepaskan klem penjepit dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%.
- h. Selimuti bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup (Hidayat,dkk, 2009).

2.3.4.5 Inisiasi Menyusu Dini

Menurut Puspita (2014), pastikan bahwa pemberian ASI dimulai waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya.

2.3.4.6 Pencegahan Infeksi pada Mata

Menurut Puspita (2014), pencegahan infeksi dapat diberikan pada bayi baru lahir antara lain dengan:

- a. Memberikan obat tetes mata atau salep
Diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu: eritromysin 0,5% atau tetrasiklin 1%. Yang bisa dipakai adalah larutan perak nitrat atau Neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.
- b. Pemberian imunisasi awal
Pelaksanaan penimbangan, penyuntikkan vitamin K1, salep mata dan imunisasi Hepatitis B (HB0) harus

dilakukan. Pemberian layanan kesehatan tersebut dilaksanakan pada periode setelah IMD sampai 2-3 jam setelah lahir, dan akan dilaksanakan di kamar bersalin oleh dokter, bidan atau perawat.

Semua BBL harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskular di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Salep atau tetes mata diberikan iuntuk pencegahan infeksi mata (Oxytetrasiklin 1%) (Kemenkes, RI. 2010).

Imunisasi Hepatiti B diberikan 1-2 jam di paha kana setelah penyuntikan. Vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

2.3.4.7 Tanda Bahaya pada Bayi

Menurut Puspita (2014), tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir sebagai berikut:

- a. Pernafasan sulit atau >60 kali per menit.
- b. Kehangatan terlalu panas atau (>38°C atau terlalu dingin <36°C.
- c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama). Biru atau pucat, memar.
- d. Pemberian makan, hisapah lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- e. Infeksi suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan, nanah, bau busuk, pernafasan kulit.
- f. Tinja atau kemih tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.

- g. Aktivitas menggigil, atau tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang, halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

2.4 Asuhan Nifas Fisiologis

2.4.1 Pengertian Asuhan Nifas Fisiologis

Menurut Puspita (2014), masa nifas (*peurperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas atau post partum disebut juga *peurperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “*peur*” yang artinya bayi dan “*Parous*” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan.

Menurut Williams dalam Anggraeni (2010) *puerperium* didefinisikan sebagai masa persalinan selama dan segera setelah melahirkan, meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu alat-alat reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil atau kembali normal.

Menurut Saleha dalam Puspita (2014), masa nifas adalah masa setelah melahirkan selama 6 minggu atau 40 hari menurut hitungan awam. Proses ini mulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/tidak atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan.

2.4.2 Tujuan Asuhan Nifas Fisiologis

Menurut Puspita (2014), tujuan asuhan masa nifas yaitu:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
3. Memberikan pendidikan, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
5. Mendapatkan kesehatan emosi.

2.4.3 Tahapan Masa Nifas

Menurut Reni (2012), tahapan masa nifas sebagai berikut:

- 2.4.3.1 Perperium dini yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.
- 2.4.3.2 Perperium intermedial yaitu suatu masa dimana kepulihan dari orang-orang reproduksi selama kurang lebih 6 minggu.
- 2.4.3.3 Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi

2.4.4 Perubahan-perubahan Pada Masa Nifas

Menurut Nani (2012), perubahan pada masa nifas meliputi:

2.4.4.1 Perubahan Uterus

Evolusi uteri adalah proses uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Uterus biasanya berada diorgan pelvik pada hari ke 10 setelah persalinan. Ivolusi uterus lebi lambat pada multipara.

2.4.4.2 Pengeluaran *Lochea*

Lokhea adalah cairan yang keluar dari liang vagina atau senggama pada masa nifas. Cairan ini dapat berupa darah atau sisa lapisan Rahim. Lokhea rubra atau krueta yang berwarna merah kehitaman terjadi 1-4 hari, sanguinolenta yang berwarna putih bercampur merah terjadi pada 4-7 hari, lokhea serosa yang berwarna kekuningan terjadi 7-17 dan lochea alba yang berwarna putih terjadi > 14 hari.

2.4.4.3 Payudara atau Laktasi

ASI dihasilkan oleh kerja gabungan antara hormone dan reflek. Kelenjar hipofise didasar otak menghasilkan hormone prolactin akan membuat sel kelenjar payudara menghasilkan ASI. Prolactin adalah hormone pertama yang bertanggung jawab dalam proses laktasi.

Segelah persalinan esterogen dan progesterone menurun drastis sehingga dikeluarkan prolactin untuk merangsang produksi ASI. ASI kemudian dikeluarkan ooleh sel otot halus disekitar kelenjar payudara yang memeras ASI keluar, hormone oksitosin yang memmbuat otot-otot mengkerut.

2.4.4.4 Perubahan Lain

Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,5 derajat Celsius sesudah partus dapat naik 0,5 derajat Celsius dari keadaan normal tetapi tidak melebihi 38 derajat Celsius, sesudah 12 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu badan diatas 38 derajat Celsius mungkin ada infeksi.

Mules-mules setelah partus akibat kontraksi uterus kadang-kadang sangat mengganggu selama 2-3 hari post partum, perasaan ini lebih terasa bila wanita tersebut sedang menyusui. Perasaan sakitpun timbul bila masih terdapat sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah dalam kavum uteri. Nadi

berkisar umumnya 60-80 kali/menit. Setelah melahirkan akan terjadi takikardi. Bila terjadi takikardi tetapi badan tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan. Pada masa nifas umumnya denyut nadi lebih labil dibandingkan suhu badan.

2.4.5 Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Masa Nifas

Menurut Puspita (2014), kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan ibu nifas dan bayi
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

2.4.5.1 Kunjungan I

6-8 jam post partum. Asuhan yang diberikan:

- a. Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling tentang pencegahan perdarahan masa nifas yang disebabkan atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal
- e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap hangat agar terhindar dari hipotermi.
- g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama

setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.

(Puspita, 2014)

2.4.5.2 Kunjungan II

6 hari postpartum, asuhan yang diberikan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
- e. Memberikan konseling pada ibu, mengenali asuhan pada bayi baru lahir, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dengan perawatan bayi sehari-hari.

(Puspita, 2014)

2.4.5.3 Kunjungan III

2 minggu postpartum, asuhan pada 2 minggu postpartum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

(Puspita, 2014)

2.4.5.4 Kunjungan IV

4 - 6 minggu postpartum, asuhan yang diberikan:

- a. Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu atau bayinya selama masa nifas
- b. Memberikan konseling KB secara dini

(Astuti,dkk 2015)

2.5 Asuhan Akseptor Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian Asuhan Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) adalah usaha untuk mewujudkan keluarga bahagia dan sejahtera melalui pengaturan kelahiran anak dengan cara menunda kelahiran anak pertama, menjarangkan kelahiran anak berikutnya, maupun membatasi kelahiran anak selanjutnya melalui penggunaan alat atau obat kontrasepsi setelah melahirkan (Handayani, S. 2010).

Pasca persalinan atau masa nifas adalah suatu keadaan/masa dimulai sejak bayi lahir diikuti dengan keluarnya plasenta (ari-ari). Berakhir sampai rahim pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya 40 hari. Konseling tentang keluarga berencana (KB) dimulai pada saat kunjungan asuhan antenatal (perawatan kehamilan) ke fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan). Saat melakukan asuhan antenatal tersebut ibu akan mendapatkan konseling selain konseling keluarga berencana (KB), juga tentang gizi dan ASI eksklusif, serta konseling tentang persiapan persalinan oleh tenaga kesehatan. (Hartanto, H. 2009).

Kontrasepsi pascapersalinan merupakan inisiasi pemakaian metode kontrasepsi dalam waktu 6 minggu pertama pascapersalinan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, khususnya pada 1-2 tahun pertama pascapersalinan. (Nani. 2013)

2.5.2 Tujuan Asuhan Keluarga Berencana (KB)

1. Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

2. Pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.
3. Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa.
4. Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa.
5. Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (BKKBN, 2009).

2.5.3 Konseling Tentang Keluarga Berencana

Menurut Nani (2013), adapun konseling yang dianjurkan pada pasien pascapersalinan, yaitu:

1. Memberi ASI eksklusif kepala bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan
2. Sesudah bayi berumur 6 bulan diberikan makanan pendamping ASI, dengan pemberian ASI diteruskan sampai anak berusia 2 tahun.
3. Tidak menghentikan ASI untuk memulai suatu metode kontrasepsi.
4. Metode kontrasepsi pada pasien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI atau kesehatan bayi.

2.5.4 Metode Kontrasepsi Pascasalin

Menurut Nani (2013), ada beberapa metode kontrasepsi pascasalin yang bisa digunakan, yaitu:

2.5.4.1 Kontrasepsi Non Hormonal

Semua metode kontrasepsi non hormonal dapat digunakan oleh ibu-ibu dalam masa menyusui. Metode ini menjadi pilihan utama dari berbagai jenis kontrasepsi yang ada karena

tidak mengganggu proses laktasi dan tidak berisiko terhadap tubuh kembang bayi. Metode kontrasepsi non hormonal yang ada meliputi:

- a. Metode laktasi amenorrhea (LAM atau lactational Amenorrhea Method)
- b. Kondom spermisida
- c. Diafragma
- d. Alat kontrasepsi dalam Rahim atau IUD
- e. Pantang berkala
- f. Kontrasepsi mantap (tubektomi atau vasektomi)

Pemakaian alat kontrasepsi dalam Rahim IUD dapat digunakan segera setelah proses persalinan atau dalam waktu 48 jam pasca persalinan. Jika lewat dari waktu tersebut, maka pemakaian AKDR akan ditunda hingga 6-8 minggu kemudian oleh karena risiko perforasi atau ekspulsi leih besar jika pemasangan AKDR dilakukan pada minggu ke 2-6 setelah persalinan (Nani, 2013).

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

2.5.4.2 Kontrasepsi Hormonal

Pemakaian kontrasepsi hormonal dipilih yang berisi progestin saja, sehingga dapat digunakan untuk wanita dalam masa laktasi karena tidak mengganggu produksi ASI serta tumbuh kembang bayi. Metode ini bekerja dengan menghambat

ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, menghalangi implantasi ovum pada endometrium dan menurunkan kecepatan transportasi ovum di tuba. Suntikan progestin dan mini pil dapat diberikan sebelum pasien meninggalkan rumah sakit pasca bersalin., yaitu sebaiknya setelah ASI terbentuk, kira-kira pada hari 3-5. Untuk wanita pasca bersalin yang tidak menyusui, semua jenis metode kontrasepsi dapat digunakan, kecuali MAL. Kecuali pemakaian kontrasepsi tergantung dari jenis metode yang digunakan. AKDR, kontrasepsi mantap dan suntik progestin dapat diberikan segera setelah persalinan. Pemakaian kontrasepsi hormonal yang berisi kombinasi estrogen dan progesterone harus ditunda setelah 3 minggu persalinan untuk mencegah terjadinya resiko gangguan pembekuan darah (Nani, 2013).

Dengan demikian, patut diingat bahwa tidak ada satu pun kontrasepsi yang memiliki efektifitas 100 %. Untuk ibu yang pengetahuan baik diperlukan sebelum memilih dan menggunakan metode kontrasepsi tertentu. Adanya konseling dengan tenaga kesehatan atau dokter terlebih dahulu sangat disarankan sehingga disarankan pemahaman yang baik tentang kontrasepsi yang ingin digunakan (Nani, 2013).

2.5.2 Kontrasepsi Suntik 3 bulan

2.5.2.1 Cara Kerja Suntik Tiga Bulan

Menurut Wiknjosastro, H (2007), secara umum kerja dari KB suntik progestin adalah sebagai berikut.

- a. Mencegah ovulasi, kadar progestin tinggi sehingga menghambat lonjakan *luteinizing hormone* (LH) secara efektif sehingga tidak terjadi ovulasi. Kadar *follicle*

stimulating hormone (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH) menurun dan tidak terjadi lonjakan *luteinizing hormone* (LH Surge). Menghambat perkembangan folikel dan mencegah ovulasi. Progestogen menurunkan frekuensi pelepasan *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH).

- b. Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, mengalami penebalan mukus serviks yang mengganggu penetrasi sperma. Perubahan-perubahan siklus yang normal pada lendir serviks. *Secret* dari serviks tetap dalam keadaan di bawah pengaruh progesteron hingga menyulitkan penetrasi spermatozoa.
- c. Membuat endometrium menjadi kurang layak atau baik untuk implantasi dari ovum yang telah di buahi, yaitu mempengaruhi perubahan-perubahan menjelang stadium sekresi, yang diperlukan sebagai persiapan endometrium untuk memungkinkan nidasi dari ovum yang telah di buahi.
- d. Menghambat transportasi gamet dan tuba, mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi atau memberikan perubahan terhadap kecepatan transportasi ovum (telur) melalui tuba.

2.5.2.2 Indikasi Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Handayani, S (2010), yang diperbolehkan menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan yaitu:

- a. Usia reproduksi (20-30 tahun).
- b. Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
- c. Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi.
- d. Menyusui ASI pasca persalinan lebih dari 6 bulan.
- e. Pasca persalian dan tidak menyusui.

- f. Anemia.
- g. Nyeri haid hebat.
- h. Haid teratur.
- i. Riwayat kehamilan ektopik.
- j. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

2.5.2.3 Kontraindikasi Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Handayani, S (2010), yang tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi suntik tiga bulan yaitu:

1. Hamil atau dicurigai hamil (reaksi cacat pada janin > 100.000 kelahiran).
2. Ibu menginginkan haid teratur.
3. Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan.
4. Ibu yang menderita sakit kuning (liver).
5. Kelainan jantung.
6. Varises (urat kaki keluar).
7. Hipertensi (tekanan darah tinggi).
8. kanker payudara atau organ reproduksi.
9. Menderita kencing manis *diabetes mellitus* (DM).
Selain itu, ibu yang merupakan perokok berat, sedang dalam persiapan operasi.
10. Sakit kepala sebelah (migrain) merupakan kelainan-
kelainan yang menjadi pantangan penggunaan KB
suntik ini.
11. Perdarahan saluram genital yang tidak terdiagnosis.
12. Penyakit arteri berat di masa lalu atau saat ini.
13. Efek samping serius yang terjadi pada kontrasepsi oral
kombinasi yang bukan disebabkan oleh estrogen.
14. Adanya penyakit kanker hati.
15. Depresi berat.

2.5.2.4 Keuntungan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Wiknjosastro, H (2008), keuntungan kontrasepsi suntik tiga bulan adalah sebagai berikut:

1. Tidak mengganggu hubungan seksual.
2. Tidak mengandung estrogen, sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
3. Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang.
4. Tidak mempengaruhi produksi ASI.
5. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
6. Dapat digunakan oleh perempuan yang berusia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
7. Mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
8. Menurunkan kemungkinan penyakit jinak payudara.
9. Mencegah penyebab penyakit radang panggul.
10. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

2.5.2.5 Kekurangan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Wiknjosastro, H (2008), keuntungan kontrasepsi suntik tiga bulan adalah sebagai berikut:

- a. Sering ditemukan gangguan haid seperti :
 - 1) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - 2) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - 3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*).
 - 4) Tidak haid sama sekali.
- b. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan (klien harus kembali untuk mendapatkan suntikan ulang).
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d. Penambahan berat badan merupakan efek samping tersering.

- e. Tidak melindungi diri dari PMS atau HIV atau AIDS.
- f. Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g. Terlambatnya pemulihan kesuburan bukan karena kerusakan/kelainan pada organ genitalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan.
- h. Terjadinya perubahan pada lipid serum dalam penggunaan jangka panjang.
- i. Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- j. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, jerawat.