

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Asuhan Kehamilan Fisiologis

2.1.1 Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan (antenatal care) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan kepada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Yulaikhah, 2008).

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

2.1.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

Adapun tujuan dari asuhan kehamilan menurut Sulistyawati (2009) adalah :

- 2.1.2.1 Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2.1.2.2 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan bayi.
- 2.1.2.3 Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan.
- 2.1.2.4 Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu maupun bayi, dengan trauma seminimal mungkin.
- 2.1.2.5 Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal.
- 2.1.2.6 Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

2.1.3 Standar Asuhan Kehamilan

Adapun kunjungan antenatal care (ANC) menurut Romauli (2011) adalah

2.1.3.1 Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal:

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

2.1.4 Pelayanan Standar Asuhan Kehamilan 7 T

Adapun pelayanan standar asuhan kehamilan 7 T menurut (Sari, 2015) adalah :

2.1.4.1 Timbang badan dan ukur tinggi badan

2.1.4.2 Ukur tekanan darah

2.1.4.3 Skrining status imunisasi TT (dan pemberian imunisasi TT)

2.1.4.4 Ukur tinggi fundus uteri

2.1.4.5 Pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan)

2.1.4.6 Temu wicara (KIE Interpersonal dan konseling)

2.1.4.7 Test laboratorium sederhana (hb, protein urin) dan berdasarkan indikasi (HbsAG, Sifilis, HIV, Malaria, TBC).

2.1.5 Pelayanan Standar Asuhan Kehamilan 10 T

Adapun pelayanan standar asuhan kehamilan 10 T menurut (Sari, 2015) adalah :

2.1.5.1 Timbang badan dan ukur tinggi badan

2.1.5.2 Ukur tekanan darah

2.1.5.3 Nnilai status gizi (ukur Lila)

2.1.5.4 Ukur tinggi fundus uteri

2.1.5.5 Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

2.1.5.6 Skrining status imunisasi TT (dan pemberian imunisasi TT)

- 2.1.5.7 Pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan)
- 2.1.5.8 Test laboratorium sederhana (hb, protein urin) dan berdasarkan indikasi (HbsAG, Sifilis, HIV, Malaria, TBC)
- 2.1.5.9 Tata laksana kasus
- 2.1.5.10 Temu wicara (konseling) termasuk p4k serta KB PP.

2.1.6 Pelayanan Standar Asuhan Kehamilan 14 T

Adapun pelayanan standar asuhan kehamilan 14 T menurut (Sari, 2015) adalah :

- 2.1.6.1 Timbang badan dan ukur tinggi badan
- 2.1.6.2 Ukur tekanan darah
- 2.1.6.3 Ukur tinggi fundus uteri
- 2.1.6.4 Beri imunisasi TT
- 2.1.6.5 Beri tablet fe (90 tablet selama kehamilan)
- 2.1.6.6 Tes terhadap penyakit menular seksual
- 2.1.6.7 Temu wicara/konseling
- 2.1.6.8 Tes/pemeriksaan Hb
- 2.1.6.9 Tes/pemeriksaan protein urin
- 2.1.6.10 Tes reduksi urin
- 2.1.6.11 Perawatan payudara (tekan pijat payudara)
- 2.1.6.12 Pemeriksaan tingkat kebugaran (senam hamil)
- 2.1.6.13 Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik gondok)
- 2.1.6.14 Terapi obat malaria

2.1.7 Standar Asuhan Kehamilan

Standar asuhan kehamilan menurut (Romauli, 2011) adalah :

- 2.1.7.1 Standar Pelayanan Umum (2 standar)
 - a. Standar 1: Persiapan Untuk Kehidupan Keluarga Sehat yang sehat dan terencana serta menjadi orang tua

Memberikan penyuluhan kesehatan yang tepat untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat dan terencana serta menjadi orang tua yang bertanggung jawab.

b. Standar 2: Pencatatan dan Pelaporan

Mengumpulkan, mempelajari dan menggunakan data untuk pelaksanaan penyuluhan, kesinambungan pelayanan dan penilaian kinerja.

2.1.7.2 Standar Pelayanan Antenatal (6 standar)

a. Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

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

b. Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan anamnesa serta pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan janin berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal adanya kelainan pada kehamilan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas.

c. Standar 5: Palpasi Abdomen

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila usia kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin

ke dalam rongga panggul untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Standar 6: Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan

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

e. Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali 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 ke 3 untuk memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik. Disamping itu persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk juga harus direncanakan bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah.

2.1.8 Kunjungan Awal

2.1.8.1 Anamnesa/Data Subjektif

Data-data yang dikumpulkan antara lain sebagai berikut :

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

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

2.1.8.2 Pemeriksaan Fisik/Data Objektif

Berikut ini adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan:

- a. Pengukuran fisik/tanda-tanda vital
 - 1) Pemeriksaan fisik
 - 2) Berat badan
 - 3) Tekanan darah
- b. Inspeksi

Pada inspeksi, bidan mengkaji sesuai dengan apa yang dilihat, misalnya pada muka, terlihat pucat, odem atau cloasmagravidarum, pemeriksaan pada leher menilai adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid. Pemeriksaan dada dan pigmentasi pada puting susu. pemeriksaan perut menilai pigmentasi linea alba serta ada tidaknya strae gravidarum. Pemeriksaan vulva menilai keadaan perenium ada tidaknya tanda chadwick dan adanya flour. Pemeriksaan ekstermitas untuk menilai ada tidaknya varises (Uliyah, 2011).

c. Palpasi

Palpasi janin menurut Manuver leopold, yaitu:

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

d. Auskultasi

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

e. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Urinalis
- 2) Pemeriksaan darah

2.1.9 Kunjungan Ulang

Menurut Indrayani (2011) kunjungan ulang adalah yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama sampai memasuki persalinan. Biasanya kunjungan ulang dijadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28 minggu, selanjutnya setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 36 minggu dan seterusnya setiap minggu sampai masa persalinan. Akan tetapi jadwal kunjungan ini *fleksibel* dengan kunjungan minimal 4 kali. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada kunjungan ulang antara lain :

2.1.9.1 Ibu

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

2.1.9.2 Janin

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

2.1.9.3 Laboratorium

2.1.10 Ketidaknyamana Pada Trimester I

Menurut Indrayani (2011) ketidaknyamanan pada trimester I adalah :

2.1.10.1 Ketidaknyamanan payudara, nyeri, rasa penuh atau tegang, pengeluaran kolostrum (susu jolong) dan hiperpigmentasi (penghitaman kulit)

Cara mengatasinya yaitu gunakan bra yang menyangga besar dan berat payudara, pakai bantalan yang dapat menyerap pengeluaran kolostrum, ganti segera bra jika kotor, payudara dibersihkan dengan air hangat dan jaga agar tetap kering.

2.1.10.2 Pusing/sakit kepala

Cara mengatasinya yaitu teknik relaksasi, massase leher dan otot bahu, penggunaan kompres panas atau es pada leher, istirahat, mandi air hangat, terapi paracetamol.

2.1.10.3 Rasa lemah dan mudah lelah

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

2.1.10.4 Mual dan muntah

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

2.1.10.5 Pengeluaran air ludah berlebihan

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

2.1.10.6 Keputihan

Cara mengatasinya yaitu jangan membilas bagian dalam vagina, gunakan pembalut wanita, jaga kebersihan alat

kelamin, segera laporkan ke tenaga kesehatan jika terjadi gatal, bau busuk atau perubahan sifat dan warna.

2.1.10.7 Peradangan pada gusi

Cara mengatasinya yaitu makan-makanan menu seimbang dengan protein cukup perbanyak sayuran dan buah, jaga kebersihan gigi gosok gigi dengan sikat yang lembut.

2.1.11 Ketidaknyamanan Pada Trimester II

Menurut Indrayani (2011)

2.1.11.1 Haemorroida

Cara mengatasinya yaitu mandi air hangat/kompres hangat air hangat tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi, kompres es/garam epsom, istirahat ditempat tidur dengan bantal diturunkan dan dinaikkan.

2.1.11.2 Konstipasi

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

2.1.11.3 Miksi sering

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

2.1.11.4 Gas

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

2.1.11.5 Insomnia

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

2.1.11.6 Heart burn

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

2.1.11.7 Anemia

Cara mengatasinya yaitu makan-makanan yang kaya zat besi, konsumsi produk hewani yang rendah kolestrol dan lemaknya.

2.1.12 Ketidaknyamanan Pada Trimester III

Menurut Indrayani (2011)

2.1.12.1 Buang air kecil yang sering

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

2.1.12.2 Keputihan

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

2.1.12.3 Diare

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

2.1.12.4 Pusing

Cara meringankan/mengatasi adalah jika sedang pada posisi berbaring, perhatikan cara bangun miringkan badan dan bangun secara perlahan, hindari berdiri terlalu lama dalam

lingkungan yang hangat sesak dan bila pusing terus-menerus, segera konsultasikan pada bidan/dokter.

2.1.12.5 Sesak nafas

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

2.1.12.6 Odema

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

2.1.12.7 Konstipasi

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

2.1.12.8 Nyeri punggung

Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesik, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegang, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang benar).

2.2 Asuhan Persalinan

2.2.1 Pengertian Asuhan Persalinan

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

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

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang diberikan kepada ibu bersalin dengan menjaga keberhasilan dan keamanan selama proses persalinan dan membutuhkan tenaga yang terampil untuk melakukannya, agar dapat memberikan alasan yang kuat dan terbukti bermanfaat bila akan melakukan intervensi terhadap proses persalinan yang fisiologis dan alamiah (Rukiyah, 2009).

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan

2.2.2.1 Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan mempertahankan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Yanti, 2011).

2.2.2.2 Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkapserta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2008).

Dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JKNP-PR, 2012).

2.2.3 Jenis Persalinan

2.2.3.1 Jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya

a. Persalinan Spontan

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

b. Persalinan Buatan

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

c. Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan yang ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Sari, 2014).

2.2.3.2 Jenis Persalinan Menurut Lama Kehamilan dan Berat Janin

a. Abortus

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

b. Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

c. Partus prematurus

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

d. Persalinan aterm

Persalinan yang terjadi antara umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin diatas 2500 gram.

e. Partus serotinus atau postmatur

Persalinan yang melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda postturtities.

2.2.4 Tanda-tanda persalinan

2.2.4.1 Tanda-tanda Bahwa Persalinan Sudah Dekat

a. Terjadi Lightening

Menjelang minggu ke 36 kehamilan, tanda pada primigravida adalah terjadinya penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan kontraksi, ketegangan dinding perut, dan gaya berat janin dimana kepala arah bawah (Sari, 2014).

b. Terjadinya His Permulaan

Pada sewaktu umur kehamilan masih muda, yaitu sejak trimester pertama kehamilan uterus akan sering mengalami kontraksi ringan. Pada trimester kedua dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Kontraksi ini terjadi karena adanya perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron hingga terjadi peningkatan jumlah reseptor oksitosin (Prawirohardjo, 2008).

2.2.4.2 Tanda-tanda Timbulnya Persalinan (inpartu)

a. Terjadinya His Persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim yang dimulai pada 2 face maker yang letaknya di dekat cornu uteri (Sari, 2014).

b. Keluarnya Lendir Bercampur Darah

Lendir ini berasal dari pembukan kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka (Sari, 2014).

c. Terkadang Disertai Ketuban Pecah

Jika ketuban sudah pecah maka ditergetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila persalinan tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesarea (Sari, 2014).

d. Dilatasi dan Effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendarahan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Sari, 2014)

2.2.5 Tahapan Persalinan

2.2.5.1 Asuhan persalinan kala I

a. Kemajuan persalinan

- 1) Pembukaan serviks
- 2) Penurunan bagian terendah
- 3) His

b. Memantau kondisi janin

- 1) Denyut jantung janin
- 2) Ketuban
- 3) Moulase kepala janin

c. Memantau kondisi ibu

Hal yang perlu dikaji :

- 1) Tanda-tanda vital, tekanan darah diukur setiap 5 jam, nadi dinilai setiap 30 menit, suhu diukur setiap 2 jam.
- 2) Urin dipantau setiap 2-5 jam untuk volume, protein dan aseton, serta dicatat di partograf pada kotak yang sesuai.
- 3) Obat-obatan dan cairan infuse. Catat obat ataupun cairan infuse yang diberikan pada ibu selama persalinan (Saifuddin, 2008).

2.2.5.2 Asuhan persalinan kala II

Asuhan persalinan pada kala II adalah persalinan pertolongan persalinan kala II. Persiapan pertolongan persalinan sebaiknya telah dilakukan pada kala I. Karena pada kala I persalinan penolong mempunyai waktu yang cukup banyak untuk mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan pada saat kelahiran. Adapun hal yang harus dipersiapkan seperti persiapan penolong, persiapan tempat persalinan, dan persiapan lingkungan kelahiran, serta persiapan ibu dan keluarga. Menolong persalinan sesuai standar untuk melahirkan bayi, adalah :

a. Menolong kelahiran kepala

- 1) Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi kepala tidak terlalu cepat.
- 2) Menahan perineum dengan satu tangan lainnya bila diperlukan.

b. Periksa tali pusat

- 1) Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, klem pada dua tempat kemudian digunting diantara dua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.
- 2) Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya.
- 3) Tempatkan kedua tangan pada posisi kepala dan leher bayi.
- 4) Lakukan tarikan lembut ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
- 5) Selipkan satu tangan ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya.

- 6) Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh (Saifuddin, 2008).

2.2.5.3 Asuhan persalinan kala III

Penatalaksanaan kala III yang tepat dan cepat merupakan salah satu cara terbaik untuk menurunkan angka kematian ibu yaitu dengan manajemen aktif kala III. Keuntungan manajemen aktif kala III adalah kala III persalinan yang lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta. Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama, yaitu:

- a. Pemberian suntikan oksitosin
- b. Peregangan tali pusat terkendali
- c. Pemijatan/massage fundus uteri

2.2.5.4 Asuhan persalinan kala IV

Asuhan kebidanan yang dilakukan dalam kala IV meliputi:

- a. Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
- b. Membantu ibu untuk berkemih.
- c. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massage.
- d. Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- e. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- f. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan dehidrasi.
- g. Pendampingan pada ibu selama kala IV.
- h. Nutrisi dan dukungan emosional (Saifuddin, 2008).

2.2.6 Aspek 5 benang merah

Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan adalah sbagai berikut:

2.2.6.1 Asuhan sayang ibu pada persalinan

- a. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e. Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h. Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mndukung ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
- j. Hargai privasi ibu.
- k. Anjurkan ibu mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l. Anjurkan ibu untuk minum dan makan-makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.

- m. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- n. Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- o. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- p. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.
- q. Siapkan rencana rujukan (bila dirujuk).
- r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi (JNPK-KR, 2012).

2.2.6.2 Partograf

Tujuan utama yaitu:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan partus lama.
- c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua harus dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

2.2.6.3 Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga,

penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur.

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi sebagai berikut:

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

2.2.6.4 Membuat keputusan klinik

Tujuan langkah membuat keputusan klinik, sebagai berikut:

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

2.2.6.5 Pencatatan (dokumentasi)

Aspek-aspek penting dalam pencatatan sebagai berikut:

- a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- b. Identifikasi penolong persalinan

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

2.2.7 Standar Pelayanan Asuhan Persalinan

Standar Pelayanan Asuhan Persalinan ada 4 yaitu :

2.2.7.1 Standar 9: Asuhan Persalinan Kala I

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

2.2.7.2 Standar 10: Persalinan Kala II yang aman

Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

2.2.7.3 Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala II

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

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

Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum (Eka, 2014).

2.2.8 Asuhan persalinan normal 60 langkah

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

Table 2.1 Asuhan persalinan normal 60 langkah

No	Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal
1.	Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
2.	Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih
5.	Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
6.	Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan diskontaminasi)
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin

	0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan
10.	Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
14.	Ikat kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
16.	Membuka partus set
17.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
18.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir
19.	Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior bagian atas untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas anterior dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas anterior dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki
25.	Menilai bayi dengan cepat kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan
26.	Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat
27.	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2cm dari klem pertama
28.	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antar dua klem tersebut
29.	Mengganti handuk yang basah dan menyalimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering. Menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, mengambil tindakan yang sesuai

30.	Memberikan kedua kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya
31.	Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
32.	Member tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
33.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinyanya terlebih dahulu
34.	Memindahkan klem pada tali pusat
35.	Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
36.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai
37.	Setelah plasenta terlepas memintaibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus
38.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasentadengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilih. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut
39.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi .

40.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastic atau tempat khusus
41.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif
42.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina
43.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering
44.	Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1cm dari pusat
45.	Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama
46.	Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya, memastikan hhanduk atau kainnya bersih dan kering
48.	Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
49.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan prdarahan pervaginam
50.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaiman melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
51.	Mengevaluasi kehilangan darah
52.	Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
53.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk

	dekontaminasi 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
54.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
55.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
56.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
57.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih
58.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
60.	Melengkapi partograf

2.2.9 Episiotomi

Episiotomi adalah insisi yang dibuat pada vagina dan perineum untuk memperlebar bagian lunak jalan lahir sekaligus memperpendek jalan lahir. Dengan demikian, persalinan dapat lebih cepat dan lancar (Manuaba, 2010).

2.2.9.1 Indikasi episiotomi

- a. Gawat janin dan janin akan segera dilahirkan dengan tindakan.
- b. Penyulit kelahiran pervaginam misalnya karena bayi sungsang, distosia vakum, atau forcep.

- c. Jaringan 2 parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

2.2.9.2 Waktu yang tepat melakukan episiotomi

- a. Pada waktu puncak his dan saat pasien meneran
- b. Perineum sudah tipis
- c. Lingkar kepala pada perineum sekitar 5 cm (Sulistyawati, 2010).

2.2.9.3 Langkah-langkah episiotomi

Menurut JNPK-KR (2012) langkah-langkah episiotomi adalah sebagai berikut:

- a. Tanda tindakan episiotomi sampai perineum menipis dan pucat, dan 3-4cm kepala bayi sudah terlihat pada saat kontraksi.
- b. Melakukan dua jari kedalam vagina di antara kepala bayi dan perineum. Kedua jari agak di renggangkan dan diberikan sedikit tekanan lembut kearah luar pada perineum.
- c. Gunakan gunting tajam disinfeksi tingkat tinggi atau steril, tempatkan gunting di tengah-tengah posterior dan gunting mengarah kesudut yang di inginkan untuk melakukan episiotomi mediolateral yang dilakukan di sisi kiri lebih mudah dijahit. Pastikan untuk melakukan palpasi/mengidentifikasi sfingter ani eksternal dan mengarahkan gunting cukup jauh kearah samping untuk menghindari sfingter.
- d. Gunting perineum sekitar 3-4cm dengan arah mediolateral menggunakan satu atau dua guntingan yang mantap. Hindari menggunting jaringan sedikit demi sedikit karena kan menimbulkan tepi yang tidak rata sehingga akan menyulitkan penjahitan dan waktu penyembuhannya lebih lama.

- e. Gunakan gunting untuk memotong sekitar 2-3cm ke dalam vagina.
- f. Jika kepala bayi belum juga lahir, lakukan tekanan pada luka episiotomy dengan dilapisi kain atau kassa disinfeksi tingkat tinggi atau steril di antar kontraksi untuk membantu mengurangi perdarahan.
- g. Kendalikan kelahiran kepala, bahu dan badan bayi untuk mencegah perluasan episiotomi.
- h. Setelah bayi dan plasenta lahir, periksa dengan hati-hati apakah episiotomi, perineum dan vagina mengalami perluasan atau laserasi, lakukan penjahitan jika terjadi perluasan episiotomi atau laserasi tambahan.

2.2.10 Penjahitan episiotomi/laserasi

2.2.10.1 Tingkat robekan

Menurut Saifuddin (2008) ada 4 tingkat robekan yang dapat terjadi pada persalinan yaitu:

- a. Robekkan tingkat I mengenai mukosa vagina dan jaringan ikat.
- b. Robekkan tingkat II mengenai alat-alat di bawahnya
- c. Robekkan tingkat III mengenai mukosa sfingter ani
- d. Robekkan tingkat IV mengenai mukosa rectum

2.2.10.2 Langkah-langkah penjahitan laserasi pada perineum

Menurut Rohani, dkk (2011) langkah-langkah penjahitan laserasi pada perineum adalah sebagai berikut:

- a. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan steril
- b. Pastikan bahwa peralatan dan bahan-bahan yang digunakan steril
- c. Setelah memberikan anestesi local dan memastikan bahwa daerah tersebut telah di anestesi, telusuri dengan

hati-hati dengan menggunakan satu jari untuk secara luas menentukan batas-batas luka. Nilai ke dalam luka dan lapisan jaringan yang terluka. Dekatkan tepi laserasi untuk menentukan bagaimana cara menjahitnya menjadi satu dengan mudah

- d. Buat jahitan pertama kurang lebih 1cm di atas ujung laserasi dibagian dalam vagina. Setelah membuat tusukan pertama, buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dari ikatan
- e. Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke arah bawah ke arah cincin hymen.
- f. Tepat sebelum cincin hymen, masukkan jarum ke dalam mukosa vagina lalu ke bawah cincin hymen sampai jarum berada di bawah laserasi. Periksa bagian antara jarum di perineum dan bagian atas laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum ke atas puncak luka.
- g. Teruskan ke arah bawah, tetapi tetap pada luka, hingga jelujur mencapai bagian bawah laserasi. pastikan bahwa jarak antara jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Jika laserasi meluas kedalam otot, mungkin perlu melakukan satu atau dua lapisan putus-putus untuk menghentikan perdarahan dan atau mendekatkan jaringan tubuh secara efektif.
- h. Setelah mencapai ujung laserasi, arahkan jarum ke atas dan teruskan penjahitan dengan menggunakan jahitan jelujur untuk menutup jaringan subkutikuler. Jahitan ini akan menjadi jahitan lapis kedua. Periksa lubang bekas jarum tetap terbuka berukuran 0,5cm atau kurang. Luka ini akan menutup dengan sendirinya saat penyembuhan luka.

- i. Tusukkan jarum dari robekkan perineum ke dalam vagina. Jarum harus keluar dari belakang cincin hymen.
- j. Ikat benang dengan membuat simpul di dalam vagina. Potong ujung benang dan sisakan sekitar 1,5cm.
- k. Ulangi pemeriksaan dalam vagina dengan lembut untuk memastikan tidak ada kassa atau peralatan yang tertinggal di dalam.
- l. Dengan lembut, memasukkan jari paling kecil ke dalam anus. Raba apakah ada jahitan pada rectum. Jika ada jahitan yang teraba, ulangi pemeriksaan rectum enam minggu pasca persalinan. Jika penyembuhan belum sempurna, ibu segera dirujuk kefasilitas kesehatan rujukan.
- m. Cuci daerah genitalia secara lembut dengan sabun dan air disinfeksi tingkat tinggi, kemudian keringkan. Bantu ibu mencari posisi yang nyaman.
- n. Nasehati ibu untuk menjaga perineumnya selalu bersih dan kering, menghindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum, mencuci perineum dengan sabun dan air mengalir tiga sampai empat kali per hari, kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya.

2.2.11 Persalinan Dengan Letak Sungsang

2.2.11.1 Pengertian

Persalinan letak sungsang adalah persalinan pada bayi dengan presentasi kaki (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong dan kaki merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul (Sudarti, 2014).

2.2.11.2 Etiologi

Menurut Prawirohardjo (2013), sebab-sebab terjadinya letak sungsang yaitu:

- a. Fiksasi kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada, misalnya pada panggul sempit, hidrosefalus, anensefali, plasenta previa, tumor-tumor pelvis, dan lain-lain.
- b. Janin mudah bergerak, seperti pada hidramnion, multipara, janin kecil (prematur).
- c. Gameli (kehamilan ganda)
- d. Kelainan uterus, seperti uterus arkuatus bikornis, mioma uteri.
- e. Janin sudah lama mati
- f. Sebab yang tidak diketahui

2.2.11.3 Klasifikasi

Menurut Prawirohardjo (2013), klasifikasi letak sungsang adalah:

- a. Letak bokong (*Frank Breech*)
Letak bokong dengan kedua tungkai terangkat keatas (75%)
- b. Letak sungsang sempurna (*Complete Breech*)
Letak bokong dimana kedua kaki ada disamping bokong (letak bokong kaki sempurna/ lipat kejang).
- c. Letak sungsang tidak sempurna (*Incomplete Breech*)
Letak sungsang tidak sempurna adalah letak sungsang dimana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut.

2.2.11.4 Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan abdominal. Pada palpasi di bagian bawah teraba bagian yang kurang keras dan kurang bundar, sementara difundus teraba bagian yang keras,

bundar dan melenting. Denyut jantung janin terdengar diatas pusat. Pemeriksaan dengan USG atau rontgen dapat mengetahui letak yang sebenarnya pada pemeriksaan pervaginam teraba bagian lunak anus juga akan teraba bagian sacrum (Sudarti, 2014).

2.2.11.5 Prognosis

a. Bagi ibu

Kemungkinan robekan pada perineum lebih besar, juga karena dilakuka tindakan, selain itu ketuban lebih cepat pecah dan pertus lebih lama, jadi mudah terkena infeksi.

b. Bagi anak

Prognosa tidak begitu baik, karena adanya gangguan peredaran darah plasenta setelahbokong lahir dan juga setelah perut lahir, talipusat terjepit antara kepal dan panggul, anak bisa menderita asfiksia. Oleh karena itu setelah pusat lahir dan supaya janin hidp, janin harus dilahirkan dalam waktu 8 menit (Sudarti, 2014).

2.2.11.6 Komplikasi

- a. Morbiditas dan mortalitas perinatal akibat komplikasi kelahiran.
- b. Berat badan lahir rendah karena kelahiran prematur dan atau hambatan pertumbuhan.
- c. Ruptur uterus
- d. Embolisme cairan amnion
- e. Hemoragi fetomaternal
- f. Persalinan prematur
- g. Gawat janin
- h. Kematian janin (Prawirahardjo, 2013).

2.2.11.7 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan hampir sama saja dengan letak kepala, hanya disini yang memsauki PAP adalah bokong. Persalinan

berlangsung agak lama, karena bokong dibandingkan dengan kepala agak lembek. Jadi kurang kuat menekan, sehingga pembukaan agak lama.

Bokong masuk PAP dengan garis pangkal paha melintang atau miring. Dengan turunnya bokong, terjadi putar paksi dalam sehingga di dasar panggul garis pangkal paha letaknya menjadi muka belakang. Dengan trochanter depan sebagai hipomoklion (di bawah simfisis), terjadi latero fleksi tubuh janin (punggung), sehingga trochanter belakang melawati perineum. Setelah bokong lahir diikuti kedua kaki, kemudian terjadi sedikit rotasi untuk memungkinkan bahu masuk PAP dalam posisi melintang atau miring. Lalu bahu depan di bawah simfisis dan bahu belakang lahir. Kemudian kepala dilahirkan (Sofian, 2011).

2.2.11.8 Cara Melahirkan Pervagina

a. Ekstraksi kaki

Tangan kanan dan kiri masuk secara obstetrik, tentukan bagian bokong yang lebih longgar dan menelusuri bokong, pangkal paha sampai belakang lutut, melakukan abduksi-fleksi, kemudian pergelangan kaki di tuntun keluar dari vagina, mengeluarkan kaki yang satunya dengan cara yang sama.

b. Cara melahirkan bokong

Terdiri dari partus spontan (pada letak sungsang janin dapat lahir secara spontan seluruhnya). Waktu memimpin partus dengan letak sungsang harus diingat bahwa ada 2 fase :

1) Fase menunggu

Sebelum bokong lahir seluruhnya, kita hanya melakukan observasi. Bila tangan tidak menjungkit keatas persalinan akan mudah. Sebaiknya jangan

dilakukan ekspresi kristeller , karena hal ini akan memudahkan *nuchearm*.

2) Fase untuk bertindak cepat

Bila badan janin sudah lahir sampai pusat, tali pusat akan terteka antara kepala dan anggur, maka janin harus lahir dalam waktu 8 menit. Untuk mempercepat lahirnya janin dapat dilakukan *manual aid*.

c. Cara melahirkan bahu dan lengan

1) Cara Klasik (Deventer)

Pegang bokong dengan menggunakan ibujari berdampingan pada os sakrum dan jarilain dilipatan paha. Kemudian janin ditarik ke arah bawah, sehingga skapula berada di bawah simfisis. Lalu lahirkan bahu dan lengan belakang kemudian lengan depan.

2) Cara Lovset

Setelah sumbu bahu janin berada dalam ukuran muka belakang, tubuhnya ditarik kebawah lalu dilahirkan bahu serta lengan belakang. Setelah itu janin diputar 90° sehingga bahu depan menjadi bahu belakang, lalu dikeluarkan seperti biasa.

3) Cara Mueller

Tarik janin vertikal kebawah lalu dilahirkan bahu dan lengan depan. Cara melahirkan bahu lengan depan bisa spontan atau dikait dengan satu jari menyapu muka. Lahirkan bahu belakang dengan menarik kaki ke atas lalu bahu lengan belakag dikait menyapu kepala.

4) Cara Polter

Dikeluarkan dulu lengan dan bahu depan dengan menarik janin kebawah dan menekan dengan 2 jari pada skapula. Badan janin diangkat ke atas untuk

melahirkan lengan dan bahu belakang dengan menekan skapula belakang.

d. Cara melahirkan kepala

1) Mauriceau (veit smellie)

Masukkan jari-jari dalam mulut (muka mengarah kekiri jari kiri, mengarah kekanan jari kanan). Letakkan anak menunggang pada lengan sementara tangan lain memegang pada tengkuk lalu tarik kebawah sampai rambut dan kepala dilahirkan. Kegunaan jari dalam mulut, hanya untuk menambah fleksi kepala.

2) De Snoo

Tangan kiri menadah perut dan dada serta 2 jari diletakkan dileher (menunggang kuda). Tangan kanan menolong menekan diatas simfisis. Perbedaannya dengan mauriceau ialah di sisi tangan tidak masuk dalam vagina.

3) Wigand Martin-Winckel

Satu tangan (kiri) dalam jalan lahir dengan telunjuk dalam mulut janin sedangkan jari tengah dan ibu jari pada rahang bawah. Tanagan lain menekan di atas simfisis atau fundus.

2.2.12 Ketuban Pecah Dini

2.2.12.1 Pengertian

Ketuban Pecah Dini adalah rupturnya membrane ketuban sebelum persalinan berlangsung (Manuaba, 2002). Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37

minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam belum memulainya tanda persalinan (ilmu kebidanan, penyakit kandungan, dan KB 2010).

Ketuban merupakan hal yang penting dalam kehamilan karena ketuban memiliki fungsi seperti:

- a. Untuk proteksi janin.
- b. Untuk mencegah perlengketan janin dengan amnion.
- c. Agar janin dapat bergerak dengan bebas.
- d. Regulasi terhadap panas dan perubahan suhu.
- e. Mungkin untuk menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan atau diminum yang kemudian dikeluarkan melalui kencing janin.
- f. Meratakan tekanan intra uterin dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah.

2.2.12.2 Etiologi

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Selain itu ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetri (Prawirohardjo, 2013).

Penyebab lainnya adalah sebagai berikut :

- a. Inkompetensi serviks (leher rahim)

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar.

b. Peninggian tekanan intra uterin

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Misalnya :

1) Trauma: Hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis

2) Gemelli

Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Saifudin, 2002).

3) Makrosomia

Makrosomia adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membrane menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah (Winkjosastro, 2006).

4) Hidramnion

Hidramnion atau polihidramnion adalah jumlah cairan amnion >2000 mL. Uterus dapat mengandung cairan dalam jumlah yang sangat banyak. Hidramnion kronis adalah peningkatan jumlah cairan amnion terjadi secara berangsur-angsur. Hidramnion akut, volume tersebut

meningkat tiba-tiba dan uterus akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja.

- c. Kelainan letak janin dan rahim: letak sungsang, letak lintang.
- d. Kemungkinan kesempitan panggul: bagian terendah belum masuk PAP.

e. Korioamnionitis

Adalah infeksi selaput ketuban. Biasanya disebabkan oleh penyebaran organisme vagina keatas. Dua faktor predisposisi terpenting adalah pecahnya selaput ketuban > 24 jam dan persalinan lama.

f. Penyakit Infeksi

Adalah penyakit yang disebabkan oleh sejumlah mikroorganisme yang meyebabkan infeksi selaput ketuban. Infeksi yang terjadi menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah.

- g. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik.

h. Riwayat KPD sebelumnya

i. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban

- j. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu

2.2.12.3 Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang

banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

2.2.12.4 Pengaruh KPD

a. Terhadap Janin

Walaupun ibu belum menunjukkan gejala-gejala infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi, karena infeksi intrauterin lebih dahulu terjadi (amnionitis, vaskulitis) sebelum gejala pada ibu dirasakan. Jadi akan meninggikan mortalitas dan morbiditas perinatal.

b. Terhadap Ibu

Karena jalan telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi intrapartal, apalagi bila terlalu sering diperiksa dalam. Selain itu juga dapat dijumpai infeksi puerpuralis atau nifas, peritonitis dan septikemia, serta dry-labor. Ibu akan merasa lelah karena terbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama, maka suhu badan naik, nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi lainnya.

2.2.12.5 Komplikasi KPD

Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi Infeksi Maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal.

a. Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada Ketuban Pecah Dini. Pada ibu terjadi Korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban Pecah Dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

b. Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat

c. Syndrom deformitas janin

Ketuban Pecah Dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasia pulmonal.

2.2.12.6 Penanganan KPD

a. Konservatif

- 1) Rawat di rumah sakit
- 2) Jika ada perdarahan pervaginam dengan nyeri perut, curigai adanya kemungkinan solusio plasenta.
- 3) Jika ada tanda-tanda infeksi (demam dan cairan vagina berbau), berikan antibiotika sama halnya jika terjadi amnionitis
- 4) Jika tidak ada infeksi dan kehamilan < 37 minggu:
 - a) Berikan antibiotika untuk mengurangi morbiditas ibu dan janin.
 - b) Ampisilin 4x 500mg selama 7 hari ditambah eritromisin 250mg per oral 3x perhari selama 7 hari.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37mg, belum inpartu, tidak ada infeksi, beri dexametason, dosisnya IM 5mg setiap 6 jam sebanyak 4 x, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin.
- 6) Jika usia kehamilan sudah 32-37mg dan sudah inpartu, tidak ada infeksi maka berikan tokolitik ,dexametason, dan induksi setelah 24 jam

b. Aktif

- 1) Kehamilan lebih dari 37 mg, induksi dengan oksitosin.
Bila gagal Seksio Caesaria dapat pula diberikan misoprostol 25–50 mikrogram intravaginal tiap 6 jam max 4x. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri.
- 2) Indikasi melakukan induksi pada ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :
 - a) Pertimbangan waktu dan berat janin dalam rahim.
Pertimbangan waktu apakah 6, 12, atau 24 jam.
Berat janin sebaiknya lebih dari 2000 gram.
 - b) Terdapat tanda infeksi intra uteri. Suhu meningkat lebih dari 38°C, dengan pengukuran per rektal.
Terdapat tanda infeksi melalui hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan kultur air ketuban.

c. Penatalaksanaan lanjutan:

- 1) Kaji suhu dan denyut nadi setiap 2 jam. Kenaikan suhu sering kali didahului kondisi ibu yang menggigil.
- 2) Lakukan pemantauan DJJ. Pemeriksaan DJJ setiap jam sebelum persalinan adalah tindakan yang adekuat sepanjang DJJ dalam batas normal. Pemantauan DJJ ketat dengan alat pemantau janin elektronik secara kontinu dilakukan selama induksi oksitosin untuk melihat tanda gawat janin akibat kompresi tali pusat atau induksi. Takikardia dapat mengindikasikan infeksiuteri.
- 3) Hindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu.
- 4) Ketika melakukan pemeriksaan dalam yang benar-benar diperlukan, perhatikan juga hal-hal berikut:
 - a) Apakah dinding vagina terasa lebih hangat dari biasa.

- b) Bau rabas atau cairan di sarung tangan anda
 - c) Warna rabas atau cairan di sarung tangan
- 5) Beri perhatian lebih seksama terhadap hidrasi agar dapat diperoleh gambaran jelas dari setiap infeksi yang timbul. Seringkali terjadi peningkatan suhu tubuh akibat dehidrasi.

2.3 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

2.3.1 Pengertian Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir normal adalah penilaian pada bayi baru lahir, mencegah infeksi, membebaskan atau membersihkan jalan nafas, memotong dan merawat tali pusat dan mempertahankan suhu tubuh (Maryanti., *et al*, 2011).

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir di mulai sejak proses persalinan hingga kelahiran bayi (Intan, 2015).

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

2.3.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Sari (2014) tujuan asuhan bayi baru lahir yaitu:

- a. Mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi.
- b. Menghindari risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.
- c. Mengetahui aktivitas bayi normal/tidak dan identifikasi masalah kesehatan BBL yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

2.3.3 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

2.3.3.1 Pencegahan infeksi

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

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT, jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih (Sari, 2014).

2.3.3.2 Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

Menurut JNPK-KR (2012) langkah pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu :

- a. Klem, potong dan ikat tali pusat 2 menit pasca bayi lahir, protokol untuk menyuntikkan oxytosin dilakukan sebelum tali pusat dipotong.
- b. Lakukan penjepitan ke 1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah perut ibu (agar darah tidak terpancar pada saat akan dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke 2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke 1 ke arah ibu.
- c. Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril.

- d. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain.
- e. Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- f. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini.

2.3.3.3 Inisiasi Menyusu Dini

Menurut JNPK-KR (2012) langkah inisiasi menyusu dini (IMD):

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

Prinsip menyusu/pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin dan secara eksklusif.

2.3.3.4 Pencegahan Infeksi Mata

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

Cara pemberian salep mata atau tetes mata antibiotika ;

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

2.3.3.5 Pemberian Vitamin K

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

2.3.3.6 Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Menurut JNPK-KR (2012) imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K pada saat bayi berumur 2 jam. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu kembali untuk mendapatkan imunisasi berikutnya sesuai jadwal pemberian imunisasi

2.3.3.7 Pengkajian

- a. Menilai keadaan umum bayi
- b. Tanda-tanda vital
- c. Periksa bagian kepala bayi
 - 1) Ubun-ubun

- 2) Sutura dan molase
 - 3) Penonjolan atau daerah mencekung. Periksa adanya kelainan, baik karena trauma persalinan (kaput suksedananeum, sfal hematoma) atau adanya cacat kongenital (hidrosefalus)
 - 4) Ukur lingkaran kepala untuk mengetahui ukuran frontal oksipitalis kepala bayi
- d. Lakukan pemeriksaan telinga karena akan dapat memberikan gambaran letak telinga dengan mata dan kepala serta diperiksa adanya kelainan lainnya.
 - e. Periksa mata akan adanya tanda-tanda infeksi
 - f. Periksa hidung dan mulut, langit-langit, bibir, dan refleks hisap, serta rooting. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti labiopalatoskizis.
 - g. Periksa leher bayi, perhatikan adanya pembesaran atau benjolan.
 - h. Periksa dada, perhatikan bentuk dada dan puting susu
 - i. Periksa bahu, lengan dan tangan. Perhatikan gerakan dan kelengkapan jari tangan.
 - j. Periksa bagian perut. Perhatikan bagaimana bentuk perut apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, perut terasa lunak (pada saat bayi menangis), dan benjolan.
 - k. Periksa alat kelamin. Hal yang perlu diperhatikan adalah:
 - 1) Laki-laki : Testis berada pada skrotum atau penis berlubang
 - 2) Perempuan : Vagina berlubang, uretra berlubang, dan terdapat labia minora serta labia mayora.
 - l. Periksa tungkai dan kaki. Perhatikan gerakan dan kelengkapan atau cekungan dan juga adanya anus.

- m. Periksa punggung dan anus. Perhatikan akan adanya pembekakan atau cekungan dan juga adanya anus.
- n. Periksa kulit. Perhatikan adanya verniks, pembekakan atau bercak hitam, serta tanda lahir.
- o. Lakukan penimbangan berat badan. Berat badan lahir normal 2.500-4.000 gram (Dewi, 2011).

2.3.4 Kunjungan Bayi Baru Lahir

2.3.4.1 Kunjungan neonatus pertama (KN 1)

Kunjungan neonatus pertama dilakukan pada hari pertama sampai ke 7 setelah kelahiran. Lakukan pemeriksaan fisik dan refleks bayi, yaitu sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan fisik meliputi pengukuran berat badan dan panjang tubuh serta lingkar kepala.
- b. Rata-rata peningkatan berat badan bayi dalam tiga bulan pertama adalah satu ons per hari.
- c. Bayi yang disusui, peningkatan berat badannya kurang lebih satu ons per hari. Selama 3-5 hari pertama, berat badan bayi akan hilang 5-10 %. Penurunan berat badan tersebut harus dicapai kembali pada hari ke 10.
- d. Tingkat kesadaran, bunyi pernafasan, dan irama jantung.
- e. Pemeriksaan refleks, bayi baru lahir mempunyai dua kategori refleks yaitu sebagai berikut :
 - 1) Proprioseptif adalah stimulus yang berasal dari dalam organisme. Refleks proprioseptif dapat diperiksa setiap waktu, yang termasuk dalam refleks ini adalah motorik kasar (refleks moro)
 - 2) Eksteroseptik adalah stimulus yang berasal dari luar organisme. Refleks eksteroseptik paling baik di uji ketika bayi tenang dan tersadar karena stimulus oleh sentuhan ringan. Refleks eksteroseptik meliputi

refleks rooting, menggenggam, plantar, dan abdomen superfisial. (Yulisah &Yuswanto, 2009)

2.3.4.2 Kunjungan Neonatus kedua (KN 2)

Kunjungan kedua dilakukan pada hari ke 8 sampai ke 28 setelah kelahiran. Dalam kunjungan kedua tindakan yang haru dilakukan adalah menjelaskan rangkaian imunisasi dan mengukur kembali berat badan dan panjang tubuh. Selain itu, lakukan pengamatan apakah bayi tergolong sehat atau tidak. Pada saat melakukan asuhan neonatus dirumah, berikan konseling kepada ibu mengenai hal-hal berikut.

- a. Pemberian ASI segera setelah persalinan
- b. Berikan ASI sesering mungkin dan setiap kali bayi menginginkan.
- c. Jaga bayi agar suhunya tetap hangat
- d. Tunda memandikan bayi sekurang-kurangnya 6 jam setelah lahir.
- e. Bungkus bayi dengan kain kering, ganti jika kain/pakaian basah.
- f. Bayi jangan ditidurkan di tempat dingin atau banyak angin
- g. Jika berat lahir kurang dari 2.500 gram, dekap bayi agar kulit bayi menempel ke dada ibu (metode kanguru)
- h. Cegah infeksi pada bayi baru lahir
- i. Beri salep mata segera setelah lahir (seperti Eritromisin 0,5 %)
- j. Beri imunisasi Hepatitis B ssebelum bayi berumur 7 hari (0,5 ml/10 mcg pada paha anterolateral kiri)
- k. Jaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Jika kotor bersihkan tali pusat dengan air matang yang sudah didinginkan.

- l. Jangan bubuhi tali pusat dengan ramuan atau bahan lain, beri rangsangan perkembangan.
- m. Peluk dan timang bayi dengan penuh kasih sayang
- n. Gantung benda bergerak warna cerah agar bayi dapat melihat benda tersebut.
- o. Ajak bayi tersenyum, bicara, serta mendengarkan musik
- p. Berikan nasihat pada ibu
- q. Ajarkan cara pemberian ASI eksklusif
- r. Menjaga bayi agar tetap hangat
- s. Merawat tali pusat
- t. Cara merangsang rangsangan (Yulisah & Yuswanto, 2009)

2.3.5 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

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

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

2.4 Asuhan Pada Masa Nifas Normal

2.4.1 Pengertian

kebidanan pada masa nifas normal adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan masalah dalam bidang masa nifas normal (Prawirohardjo, 2009).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Yanti & sundawati, 2011).

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

2.4.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

2.4.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologi.

2.4.2.2 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik pada ibu maupun bayinya.

2.4.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang berkaitan dengan perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.

2.4.2.4 Memberikan pelayanan KB.

2.4.2.5 Memberikan kesehatan emosional pada ibu
(Lochart, 2014).

2.4.3 Tahapan Dalam Masa Nifas

2.4.3.1 Puerperium Dini (*immediate puerperium*)

0-24 jam postpartum. Masa kepulihan yaitu masa ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2.4.3.2 Puerperium Intermedial (*early puerperium*)

1-7 hari postpartum. Masa kepulihan menyeluruh organ genetalia. Waktu yang dibutuhkan sekitar 6-8 minggu.

2.4.3.3 Remote Puerperium (*later puerperium*)

1-6 minggu postpartum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau pada saat persalinan mengalami komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna ini bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan gangguan kesehatan lainnya (Lochart, 2014).

2.4.4 Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Masa Nifas

2.4.4.1 Kunjungan I (6-8 jam post partum)

- a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena antonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, merujukan bila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- e. Memberikan supervisi kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. Jika ada petugas kesehatan yang menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama atau sampai ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan stabil (Lochart, 2014).

2.4.4.2 Kunjungan ke II (6 hari post partum)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- b. Mengevaluasi adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, minuman dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi misalnya merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari (Lochart, 2014)

2.4.4.3 Kunjungan ke III (2minggu post partum)

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

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b. Mengevaluasi adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, minuman dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi misalnya merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari (Lochart, 2014).

2.4.4.4 Kunjungan IV (6 minggu post partum)

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia alami atau yang dialami oleh bayinya.

- b. Memberikan konseling tentang penggunaan KB secara dini (Lochart, 2014).

2.4.5 Standar Asuhan Masa Nifas

2.4.5.1 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 dan menangani hipotermia.

2.4.5.2 Standar 14: Penanganan Pada 2 Jam Pertama Setelah Persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang di perlukan.

2.4.5.3 Standar 15: Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu ke dua dan minggu ke enam 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.

2.4.6 Cara Menyusui Yang Benar

Menurut dewi & sunarsih (2011) beberapa langkah-langkah menyusui yang benar adalah sebagai berikut

- 2.4.6.1 Cuci tangan yang bersih dengan sabun, parah sedikit ASI dan oleskan di sekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.

- 2.4.6.2 Ibu harus mencari posisi nyaman, biasanya duduk tegak di tempat tidur/kursi. Ibu harus merasa rileks.
- 2.4.6.3 Lengan ibu menopang kepala, leher, dan seluruh badan bayi (kepala dan tubuh berada dalam garis lurus), muka bayi menghadap ke payudara ibu, hidung bayi didepan puting susu ibu. Posisi bayi harus sedemikian rupa sehingga perut bayi menghadap perut ibu. Bayi seharusnya berbaring miring dengan seluruh tubuhnya menghadap ibu. Kepalanya harus sejajar dengan tubuhnya, tidak melengkung kebelakang/menyamping, telinga, bahu, dan panggul bayi berada dalam satu garis lurus.
- 2.4.6.4 Ibu mendekatkan bayi ketubuhnya (muka bayi ke payudara ibu) dan mengamati bayi yang siap menyusu : membuka mulut, bergerak mencari, dan menoleh. Bayi harus berada dekat dengan payudara ibu. Tidak harus mencondongkan badan dan bayi tidak merenggangkan lehernya untuk mencapai puting susu ibu.
- 2.4.6.5 Ibu menyentuhkan puting susu ke bibir bayi, menunggu hingga mulut bayi terbuka lebar kemudian mengarahkan mulut bayi ke puting susu ibu hingga bibir bayi dapat menangkap puting susu tersebut. Ibu memegang payudara dengan satu tangan dengan cara mmeletakan empat jari di bawah payudara dan ibu jari di atas payudara. Ibu jari dan telunjuk harus membentuk huruf “C”. Semua jari ibu tidak boleh terlalu dekat dengan areola.
- 2.4.6.6 Pastikan bahwa sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi. Dagu rapat ke payudara ibu dan hidungnya menyentuh bagian atas payudara. Bibir bawah bayi melengkung keluar.
- 2.4.6.7 Bayi diletakan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurus, hadapkan bayi ke dada ibu

sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu ibu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar.

- 2.4.6.8 Jika bayi sudah selesai menyusui, ibu mengeluarkan puting dari mulut bayi dengan cara memasukan jari kelingking ibu antara mulut dan payudara.
- 2.4.6.9 Menyendawakan bayi dengan menyandarkan bayi di pundak atau menelungkupkan bayi melintang kemudian menepuk-nepuk punggung bayi.

2.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Asuhan Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk mencegah pertemuan antara sel sperma dan ovarium (Manuaba, 2009) Asuhan pada keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami isteri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan umur suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun., *et al*, 2008).

2.5.2 Tujuan Asuhan KB

2.5.2.1 Tujuan Umum

Pemberian dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya Norma Keluarga Kecil Bahagia Sjahtera (Pinem, 2009).

2.5.2.2 Tujuan Khusus

Penurunan angka kelahiran yang bermakna. Guna mencapai tujuan tersebut, ditempuh kebijaksanaan menggolongkan KB

ke dalam tiga fase yaitu fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan, dan fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan atau kesuburan (Affandi, 2011)

2.5.3 KB yang Boleh Untuk Ibu Menyusui

2.5.3.1 Suntik KB 3 Bulan

a. Jenis Suntik KB 3 Bulan

- 1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera) mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokog)
- 2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler (Kkb, 2013)

b. Cara Kerja

- 1) Mencegah ovulasi.
- 2) Mengentalkan lendir serviks hingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- 3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Kkb, 2013).

c. Efektifitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal menyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Kkb, 2013)

d. Keuntungan

- 1) Sangat efektif.
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- 6) Sedikit efek samping.
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause.
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 11) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.
- 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Kkb, 2013)

e. Kerugian

- 1) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
- 2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- 3) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 4) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
- 5) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 6) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- 7) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang.

- 8) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat (Kkb, 2013)
- f. Efek Samping
- 1) Amenorea (tidak terjadi perdarahan/spotting)
 - 2) Perdarahan/perdarahan bercak (spotting).
- g. Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntik progestin
- 1) Usia reproduksi.
 - 2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
 - 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
 - 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
 - 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - 6) Setelah abortus atau keguguran.
 - 7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
 - 8) Perokok.
 - 9) Tekanan darah ,180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
 - 10) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
 - 11) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
 - 12) Anemia defisiensi zat besi.
 - 13) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi. (Kkb, 2013)
- h. Yang Tidak Boleh Menggunakan Kontrasepsi Suntik Progestin
- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
 - 2) Perdarahan pervaginan yang belum jelas penyebabnya.

- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
 - 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
 - 5) Diabetes melitus disertai komplikasi (Kkb, 2013)
- i. Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil.
 - 2) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
 - 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
 - 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.
 - 5) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.
 - 6) Ibu yang menggubakab kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal ibu tersebut tidak hail, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah hari

ke 7 haid, ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- 7) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap sat setelah hri ke 7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
- 8) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh malakukan hubungan seksual (Kkb, 2013).

2.5.3.2 Minipil

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

a. Jenis Mini Pil

- 1) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron.
- 2) Kemasan dengan isis 28 pil: 75 mg desogestrel (Kkb, 2013).

b. Cara Kerja Minipil

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

c. Efektivitas

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

d. Keuntungan

- 1) Sangat efektif bila digunakan secara benar.
- 2) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- 3) Tidak mempengaruhi ASI.
- 4) Kesuburan cepat kembali.
- 5) Nyaman dan mudah digunakan.
- 6) Sedikit efek samping.
- 7) Dapat dihentikan setiap saat.
- 8) Tidak mengandung estrogen (Kkb, 2013)

e. Kerugian

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

f. Efek Samping

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

g. Yang Boleh Menggunakan Minipil

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.
- 3) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- 4) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- 5) Pasca keguguran.
- 6) Perokok segala usia.
- 7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama $<180/110$ mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- 8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen (Kkb, 2013)

h. Yang Tidak Boleh Menggunakan Minipil

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

i. Waktu Mulai Menggunakan Minipil

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

- 3) Bila klien tidak haid (amenoria) minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- 4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
- 5) Bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien telah mendapat haid minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
- 6) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran
- 7) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datang haid berikutnya.
- 8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak diperlukan menggunakan metode kontrasepsi yang lain.
- 9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi yang lain.
- 10) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR (Kkb, 2013).

2.5.3.3 Implant (AKBK)

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

a. Jenis Implant

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

b. Cara Kerja Implant

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

c. Efek Samping

- 1) Sakit kepala.
- 2) Perubahan berat badan.
- 3) Perubahan suasana hati.
- 4) Depresi.
- 5) Mual.
- 6) Perubahan selera makan (Kkb, 2013)

d. Waktu Mulai Menggunakan Implant

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

- 2) Pasca persalinan (3-4 minggu) bila tidak menyusukan bayinya.
- 3) Pasaca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama)
- 4) Sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pasca persalianan dan sebelum 6 bulan pasca persalinan) (Kkb, 2013)

2.5.3.4 IUD (AKDR)

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

a. Jenis AKDR

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

b. Cara Kerja AKDR

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Kkb, 2013).

c. Efektivitas

- 1) AKDR post plasenta telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan.

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

d. Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi.
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lahi mengingat-ingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
- 12) Membantu mencegah kehamilan ektopik. (Kkb, 2013)

e. Kerugian

- 1) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 2) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.

- 3) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
 - 4) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
 - 5) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. (Kkb, 2013)
- f. Efek Samping
- 1) Perubahan siklus haid (umunya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - 2) Haid lebih lama dan banyak.
 - 3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
 - 4) Saat haid lebih sakit. (Kkb, 2013)
- g. Yang Dapat Menggunakan AKDR
- 1) Usia reproduktif.
 - 2) Keadaan nulipara.
 - 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
 - 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
 - 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
 - 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
 - 7) Risiko rendah dari IMS.
 - 8) Tidak menghendaki metode hormonal
 - 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
 - 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (lihat kontrasepsi darurat). (Kkb, 2013)
- h. Yang Tidak Diperbolehkan Menggunakan AKDR

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- 3) Sedang menderita infeksi alat genetalia (vaginitis, servisititis)
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas.
- 7) Diketahui menderita TBC pelvik.
- 8) Kanker alat genetalia.
- 9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Kkb, 2013).