

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

2.1.1 Pengertian

Asuhan komprehensif adalah asuhan yang diberikan oleh bidan dari mulai masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan penggunaan KB, yang memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan berkualitas untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan anak. Peran dan fungsi bidan sangat membantu proses asuhan komprehensif melalui pengawasan pertolongan, pengawasan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan pelayanan KB (Manuaba, 2012).

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

2.1.2 Tujuan Asuhan Komprehensif

Pelayanan kebidanan komprehensif di komunitas adalah bagian dari upaya kesehatan keluarga penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia, dan sejahtera. Jadi, tujuan pelayanan kebidanan komprehensif adalah meningkatkan kesehatan ibu dan anak balita dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat dan sejahtera (Saiffudin,2009).

2.1.3 Manfaat Asuhan kebidanan komprehensif

Menurut saifuddin (2009), manfaat kebidanan komprehensif adalah untuk menambah dan meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB serta betapa pentingnya kehamilan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, serta meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya ibu dan bayi juga diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan informasi pelayanan kesehatan atau kasus yang terjadi.

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Peristiwa yang terjadi pembuahan/fertilisasi bertemunya sel telur/ovum wanita dengan sel benih/spermatozoa pria. Lalu membelah sel (zigot) hasil pembuahan menjadi nidasi/ implantasi zigot tersebut pada dinding saluran reproduksi (pada keadaan normal implantasi pada lapisan endometrium dinding kavum uteri). Pertumbuhan dan perkembangan zigot embrio-janin menjadi bakal individu (Sukarni, 2013).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung pada saat fertilisasi sehingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu minggu ke 13 hingga ke- 27, dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40 (Saiffuddin,2009).

2.2.2 Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologi Pada Ibu Hamil TM III

2.2.2.1 System reproduksi

Uterus : kontraksi otot-otot bagian atas uterus menjadikan SBR (Segmen Bawah Rahim) lebih lebar dan tipis, tampak

batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal segmen bawah yang lebih tipis.

2.2.2.2 System perkemihan

Keluhan sering kencing akan timbul pada akhir kehamilan karena kepala janin mulai turun kepintu atas panggul dan kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodilusi yang menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

2.2.2.3 Sistem muscoluskeletal

Otot rektus abdominalis dapat memisah menyebabkan isi perut menonjol digaris tengah. Umbilicus menjadi lebih datar atau menonjol.

2.2.2.4 Sistem kardiovaskuler

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring dengan pembesaran uterus, walaupun aliran darah uterus meningkat, ukuran konseptus meningkat lebih cepat. Akibatnya lebih banyak oksigen diambil dari darah uterus selama masa kehamilan lanjut.

2.2.2.5 Berat badan dan indeks masa tubu (IMT)

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

2.2.2.6 Sistem pernapasan

Pada umur kehamilan 32 minggu keatas, usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak dan mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

2.2.3 Perubahan Psikologi Kehamilan Trimester III

2.2.3.1 Rasa tidak nyamantimbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.

- 2.2.3.2 Merasa tidak menyenangkan ketika bayi lahir tidak tepat waktu.
- 2.2.3.3 Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keelamatannya.
- 2.2.3.4 Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal.
- 2.2.3.5 Merasa kehilangan perhatian
- 2.2.3.6 Libido menurun.
- 2.2.4 7 tanda bahaya kehamilan
Menurut Saryono (2010) ada 7 tanda bahaya kehamilan.
 - 2.2.4.1 Pendarahan pervaginam
 - 2.2.4.2 Sakit kepala hebat
 - 2.2.4.3 Penglihatan kabur
 - 2.2.4.4 Bengkak diwajah dan jari-jari tangan
 - 2.2.4.5 Keluar cairan pervaginam
 - 2.2.4.6 Gerakan janin tidak terasa
 - 2.2.4.7 Nyeri abdomen yang hebat.
- 2.2.5 Peningkatan berat badan selama hamil
Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ/cairan intrauterine. Berat janin + 2.5-3.5 kg, berat plasenta + 0.5 kg, cairan amnion +1.0 kg, berat uterus +1.0 kg, penambahan volume sirkulasi maternal +1.5 kg, pertumbuhan mammae +1 kg, penumpukan cairan interstisial dipelvis dan ekstremitas +1.0-1.5 kg (Sukarni, 2013).
- 2.2.6 Manfaat zat gizi bagi ibu hamil
Menurut Sukarni (2013) manfaat zat gizi bagi ibu hamil.
 - 2.2.6.1 Karbohidrat
Janin memerlukan 40 gram glukosa/hari yang akan digunakan sebagai sumber energy. Glukosa sangat dibutuhkan karena akan membantu dalam sistesis lemak, glikogen, dan pembentukkan struktur polisakarida. Pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam

kandungan membutuhkan karbohidrat sebagai sumber kalori utama. Pilihan yang dianjurkan adalah karbohidrat kompleks seperti roti, sereal, nasi dan pasta. Selain mengandung vitamin dan mineral, karbohidrat kompleks juga meningkatkan asupan serat yang dianjurkan selama hamil untuk mencegah terjadinya konstipasi atau sulit buang air besar dan wasir (haemorroid). Jadi, ibu hamil membutuhkan karbohidrat sekitar 1.500 kalori.

Efek karbohidrat bagi kesehatan

- a. Sebagai sumber energy utama.
- b. Berperan dalam proses metabolisme lemak
- c. Sebagai protein sparer
- d. Unsur glukosa merupakan sumber energy utama bagi otak dan system syaraf
- e. Sebagai sumber glikogen
- f. Unsur serat dapat memberi massa pada feses, mengatur gerak peristaltik usus, menghasilkan efek hipolipidemik/hipokolesterolemik, dan hipoglikemi.

Penyakit yang berhubungan dengan karbohidrat

- a. Kurang kalori protein (KKP)
- b. Obesitas
- c. Diabetes Melitus
- d. Intoleran Laktosa

Pencernaan karbohidrat

- a. Mulut : jenis gula dan pati dicerna oleh enzim ptialin yang terdapat air liur dan saliva
- b. Lambung : jenis gula akan dipecah oleh enzim amilase jenis pati tidak akan dipecah karena tidak adanya enzim pemecah pati.
- c. Usus : monosakarida dan polisakarida dipecah oleh enzim amilopepsin.

Transport dan penimbunan karbohidrat

- a. Kadar glukosa diatur oleh sel sel hati
- b. Bila kadar glukosa meningkat, maka sel hati mengubah sebagian menjadi glikogen dan disimpan dalam sel hati sehingga kadar glukosa menurun kembali dan begitu pula sebaliknya.

2.2.6.2 Lemak

Lemak merupakan sumber tenaga yang vital dan untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Pada kehamilan yang normal kadar lemak dalam aliran darah akan meningkat pada akhir trimester III. Lemak dibutuhkan tubuh terutama untuk membentuk energi dan serta perkembangan sistem syaraf janin terdapat pada ikan laut, kacang-kacangan, biji-bijian dan sumber asam lemak omega 3

Efek lemak bagi kesehatan

- a. Penghasil energi, penghasil asam lemak esensial
- b. Pembangun dan pembentuk struktur tubuh
- c. Pelindung kehilangan panas tubuh
- d. Protein sparer
- e. Sebagai pelarut vitamin A, D, E, K, serta pelumas antar persendian
- f. Dalam makanan lemak akan memberikan rasa gurih, renyah, dan memberi sifat empuk pada roti yang dibakar. Penyakit yang berhubungan dengan lemak karena sebagai pelarut vitamin ADEK, maka penyakit yang sering muncul adalah defisiensi vitamin ADEK.

Pencernaan lemak

- a. Duodenum : lemak akan dipecah oleh enzim lipase
- b. Hati : sekresi cairan empedu dari hati tidak mengandung enzim untuk memecah lemak tetapi mengandung garam empedu yang mengemulsikan lemak dan asam lemak

sehingga menghasilkan butiran halus yang dapat menembus epitel usus.

2.2.6.3 Protein

Protein digunakan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan janin, protein memiliki peranan penting untuk pembentukan plasenta dan cairan amnion, pertumbuhan jaringan maternal seperti pertumbuhan mammae ibu dan jaringan uterus dan penambahan volume darah. Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil yaitu kurang lebih 60-76 gram setiap hari atau sekitar 925 gram dari total protein yang dibutuhkan selama kehamilan.

Efek protein-protein didapatkan pada daging, ikan, unggas, telur, dan kerang.

a. Zat pembangun

Pembentukan jaringan baru dan pemeliharaan regenerasi kulit, sel darah merah. Pertumbuhan rambut dan kuku, penunjang mekanis (kolagen)

b. Zat pengatur

Mengatur proses pencernaan, antibody, mengatur pengangkutan nutrient

c. Zat tenaga

2.2.6.4 Vitamin

a. Vitamin A dibutuhkan janin pada trimester III yaitu berkisar 200 mg/hari. Efek vitamin A bagi kesehatan

- 1) Fungsi : membantu pembentukan jaringan tubuh dan tulang, meningkatkan penglihatan dan ketajaman mata, memelihara kesehatan kulit dan rambut, meningkatkan kekebalan tubuh, memproteksi jantung, antikanker dan katarak, pertumbuhan dan reproduksi.

- 2) Kebutuhan : 500 RE/hr.
 - 3) Sumber : tinggi minyak ikan, minyak kelapa sawit .
sedang : hati, ayam, ubi jalar, wortel, bayam
rendah: roti, daging sapi, kentang, ikan
- b. Efek vitamin B2 bagi kesehatan
- 1) Fungsi : membantu pembentukan eritrosit, enzim tiroid, fungsi syaraf, dan meningkatkan fungsi penglihatan.
 - 2) Kebutuhan : 1,3 mg/hari (wanita), 1,7 mg/hari (pria).
 - 3) Sumber : keju, hati, telur, susu, daging, kentang, sayuran hijau.
- c. Efek vitamin B12 (sianokobalamin) bagi kesehatan
- 1) Fungsi : menjaga agar sel-sel saluran cerna, system syaraf, sumsum tulang belakang berfungsi dengan normal. Membentuk sel darah merah, Sintesa nucleoprotein.
 - 2) Kebutuhan : 2 mcg/hari untuk ibu hamil dan 4 mcg/hari untuk ibu menyusui.
 - 3) Sumber : produk hewani dan hasil fermentasi
 - 4) Defisiensi : menyebabkan terjadi anemi macrocytic megaloblastic.

2.2.6.5 Asam Folat

Asam folat memiliki peranan penting yaitu dalam hal pencegahan terjadinya defek tubaneural seperti spina bifida dan anensefali yang sangat berbahaya bagi perkembangan selanjutnya. mencegah cacat tabung syaraf (neural tube defects) seperti spina bifida

Efek Asam folat bagi kesehatan

- a. Fungsi : proses pembentukan sel darah merah dan

penting dalam tumbuh kembang yang normal.

- b. Kebutuhan : 180 mcg/hari
- c. Sumber : sayuran hijau, buah berwarna gelap, gandum
- d. Defisiensi : anemia megaloblastic macrocytic

2.2.6.6 Vitamin C

Vitamin C untuk bayi pada masa kehamilan dan menjelang kelahiran yaitu berkisar antara 3-4 mg/hari. Ibu hamil membutuhkan vitamin C sebanyak 70 mg perhari

Efek vitamin c bagi kesehatan

- a. Fungsi : pembentuk jaringan ikat/bahan interseluler.
Membantu perkembangan sel. Priteksi demam, penyembuhan luka, dan membantu memperbesar penyerapan zat fe. Membentuk proses hidrolisasi asam amino prolindan lisin.
- b. Kebutuhan : 75 mg/hari (dewasa), 100 mg/hari (ibu hamil), 150 mg/hari (ibu menyusui).
- c. Sumber : jeruk, tomat, manga, papaya, kembang kol, brokoli, bayam, daun papaya, daun singkong.

2.2.6.7 Vitamin D

Efek Vitamin D bagi kesehatan

- a. Fungsi : Pertumbuhan serta pemeliharaan tulang dan gigi Membantu absorpsi Ca dari usus, pengambilan Ca dan P oleh tulang dan gigi. Cegah Ricketsia, tetani, osteoporosis, hiperkalsemia. Mengendalikan keseimbangan mineral dalam tubuh
- b. Kebutuhan : 200 IU/hr
- c. Sumber : ultraviolet, ikan, susu, kuning telur, minyak ikan sarden, margarin, mentega, hati.

2.2.6.8 Vitamin E

Vitamin E yang dibutuhkan ibu hamil sekitar 15 mg (22,5 IU) dan ibu menyusui sekitar 19 mg (28,5 IU)

Efek vitamin E (tokoferol) bagi kesehatan

- a. Fungsi : antioksidan alamiah dan sebagai pembentuk eritrosit untuk mencegah anemia. Memberikan perlindungan pada jantung, membantu pertumbuhan antara lain sel-sel rambut, kulit. Penting saat sel membelah, kesuburan, dan proses reproduksi, serta mencegah pendarahan pada ibu hamil dan mencegah keguguran. Membantu pertumbuhan sel rambut dan kulit.
- b. Kebutuhan : 12 IU/hari (wanita), 17 IU/hari (pria)
- c. Sumber : kecambah, biji-bijian, sayuran hijau, hati, jantung, telur.

2.2.6.9 Vitamin K

Efek vitamin K bagi kesehatan

- a. Fungsi : sebagai anti koagulan (pembentukan protombin). Mencegah terjadinya perdarahan pada luka.
- b. Kebutuhan : 65 mg (wanita), 80 mg (pria)
- c. Sumber : sayuran hijau, hati.

2.2.6.10 Kalsium

Kalsium pada usia 20 minggu mencapai 50 mg/hari dan mencapai puncaknya apabila mendekati kelahiran yaitu 330 mg/hari.

Efek kalsium (Ca) bagi kesehatan

- a. Fungsi : membantu proses penggumpalan darah dan penyerapan vitamin B12. Memelihara otot dan syaraf agar berfungsi normal. Mencegah

rickettsia, osteomalasia, hiperkalsemia, kerusakan tulang dan gigi. Membantu fungsi seksual dan keaktifan sperma, serta sebagai persedian janin. Melawan keluhan pre-menopause

- b. Kebutuhan : 500-800 mg/hr (dewasa), 1200 mg/hr (bumil dan busul)
- c. Sumber : hewani,(susu dan hasil olahannya, produk seafood), nabati (bayam, daun melinjo, sawi, lobak, bayam, daun katuk, kacang-kacangan.

2.2.6.11 Phosphor

Efek phosphor (p)

- a. Fungsi : pembentukan dan perkembangan tulang dan gigi. Mempertahankan keseimbangan cairan tubuh, penting dalam pembelahan inti sel dan pemindahan sifat-sifat keturunan.
- b. Kebutuhan : 800 mg/hr
- c. Sumber : produk hewani, seafood

2.2.6.12 Zat Besi FE

Efek zat besi (Fe) bagi kesehatan

- a. Fungsi : produksi dan fungsi sel darah merah
- b. Kebutuhan : 15 mg/hr (dewasa), 30 mg/hr (untuk ibu hamil dan ibu menyusui)
- c. Sumber ; produk hewani dan sayuran hijau.
- d. Defisiensi : anemia pada ibu hamil (akan menyebabkan gangguan pertumbuhan, janin, pendrahan), dan dapat terjadi anemia saat menstruasi.

2.2.6.13 Zeng

Zeng diperlukan untuk pengembangan jaringan tisu terutama otak dan jenis kelamin.

Efek Zeng (Zn) bagi kesehatan

- a. Penting dalam berbagai enzim karena berperan dalam sintesa protein baru, proses baru, proses regulasi ekspresi genetika. Proses pertumbuhan tulang, meningkatkan absorbs vitamin A.
- b. Kebutuhan : 12 mg/hr
- c. Sumber : ikan laut, kerang, daging, unggas, keju, susu, kacang-kacangan.
- d. Defisiensi : bila dalam tubuh terjadi penurunan aktifitas enzim maka akan menghambat pertumbuhan dan pergantian sel sehingga menyebabkan terlambat kematangan seks. Dapat memperlambatnya proses penyembuhan luka menurunnya kekebalan tubuh, dan selera makan.

2.2.6.14 Iodium (I)

Efek Iodium (I) bagi kesehatan

- a. Fungsi : pembentuk hormon tiroksin untuk pencegahan gondok. Pembesaran sel-sel tubuh baik bentuk maupun jumlahnya, penting masa reproduksi dan pertumbuhan.
- b. Kebutuhan : 130 ug/hr
- c. Sumber : seafood, sayuran, hindari zat goitrogen, (kubis, lobis)
- d. Defisiensi : gondok, saat hamil dan masa bayi dapat terjadi kegagalan perkembangan fisik dan mental anak seperti kretinisme.

2.2.7 Asuhan Kehamilan

2.2.7.1 Konsep Dasar Asuhan kehamilan

Suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh

suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Mufdillah, 2009).

2.2.7.2 Filosofi Asuhan kehamilan

Menurut Walyani (2015) filosofi asuhan kehamilan

Kehamilan merupakan proses alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Asuhan yang diberikan pun adalah asuhan yang meminimalkan intervensi.

Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (*continuity of care*) sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional

Pelayanan yang terpusat pada wanita (*women centered*) serta keluarga (*family centered*)

Asuhan kehamilan menghargai hak ibu hamil untuk berpartisipasi dan memperoleh pengetahuan/pengalaman yang berhubungan dengan kehamilannya.

2.2.7.3 Tujuan Asuhan Kehamilan

- a. Memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayi dengan cara membina hubungan baik dan saling percaya dengan ibu.
- b. Mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa.
- c. Mempersiapkan kelahiran bayi.
- d. Memberikan pendidikan pada ibu hamil, suami dan keluarga.

2.2.7.4 Standard Asuhan Kehamilan

Menurut Walyani (2015) standard asuhan kehamilan

- a. Kebijakan program: Anjuran WHO
 - Trimester I : Satu kali kunjungan
 - Trimester II : Satu kali kunjungan

Trimester III : Dua kali kunjungan

b. Jadwal pemeriksaan antenatal

1) Pemeriksaan pertama

Dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid

2) Pemeriksaan ulang

- Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
- Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan
- Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

c. Pelayanan asuhan antenatal “10 T”

Menurut Depkes RI (2009) pelayanan asuhan antenatal meliputi :

- 1) Tinggi badan dan timbang berat badan
- 2) Tekanan darah
- 3) Tinggi fundus (TFU)

Tabel 2.1 Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 Minggu	$\frac{1}{3}$ di atas <i>symfisis</i> atau 3 jari di atas <i>symfisis</i>
16 Minggu	$\frac{1}{2}$ <i>symfisis</i> – pusat
20 Minggu	$\frac{2}{3}$ di atas <i>symfisis</i> atau 3 jari di bawah pusat
24 Minggu	Setinggi pusat
28 Minggu	$\frac{1}{3}$ di atas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 Minggu	$\frac{1}{2}$ pusat – <i>proccesus xifoideus</i>
36 Minggu	Setinggi <i>proccesus xifoideus</i>

Sumber: Sulistywati (2009)

- 4) Pemeriksaan puncak rahim 9tinggi fundus uteri)

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

6) Tetanus Toksoid

Tabel 2.2 kunjungan tetanus toksoid

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan pertama antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80 %
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95 %
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	95 %
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99 %

Sumber: Rukiyah, (2011)

7) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan

8) Tes laboratorium (rutin dan khusus)

9) Tatalaksana kasus

10) Temu wicara atau konseling

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup

huriulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sukarni, 2013)

2.3.2 Teori terjadinya persalinan

Ada beberapa teori tentang mulainya persalinan yaitu : penurunan kadar progesterone, teori oxytosin, peregangan otot-otot uterus yang berlebihan (distended uterus), pengaruh janin, teori prostaglandin. Factor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai factor-faktor yang mengakibatkan partus mulai(Sukarni, 2013)

2.3.3 Sebab-sebab terjadinya persalinan

Menurut Hafifah (2011) Sebab-sebab persalinan

2.3.3.1 Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesterone turun.

2.3.3.2 Teori placenta menjadi tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi Rahim.

2.3.3.3 Teori distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

2.3.3.4 Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (fleksus franterrhauus). Bila ganglion ini digeser dan di tekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

2.3.3.5 Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang

perenan dalam terjadinya persalinan pada janin anacepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

2.3.3.6 Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh disiduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

2.3.3.7 Teori oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Sukarni (2013) faktor yang mempengaruhi persalinan

2.3.4.1 POWER/tenaga yang mendorong anak

- a. HIS adalah kontraksi otot-otot Rahim pada persalinan
 - 1) HIS persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri
 - 2) HIS pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks
- b. Tenaga mengejan
 - 1) Kontraksi otot-otot dinding perut
 - 2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan
 - 3) Paling efektif saat kontraksi/his
- c. Passage/panggul

Bagian-bagian tulang panggul

Panggul terdiri 4 buah tulang :

 - 1) Dua os coxae
 - a) Os ischium

- b) Os pubis
- c) Os sacrum
- d) Os illium

2) Os cossygis

Pelvis mayor disebelah atas pelvis minor, superior dari linea terminalis. Fungsi obstetricnya menyangga uterus yang membesar waktu hamil

3) Os illium

Titik penting :

- a) Spina illiaka posterior : tempat perlekatan ligamentum inguinale
- b) Spina illiaka posterior superior: setinggi vertebrata sacral kedua, dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.
- c) Crista illiaka yang memanjang dari spina illiaka anterior superior ke spina illiaka posterior superior

4) Os ischium

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior

- a) Corpus membentuk acetabulum
- b) Ramus superior terletak dibelakang dan bawah corpus
- c) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior osis pubis
- d) Spina ischiadika memisahkan insisura ischiadika mayor dengan insisura ischiadika minor
- e) Tuber ischiadikum adalah bagian terbawah iscium dan merupakan tulang duduk pada manusia

5) Os pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

- a) Corpus mempunyai permukaan medial yang kasar. Bagian ini menjadi satu dengan bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis. Muskulus levator ani melekat pada permukaan dalam os pubis.
- b) Crista pubis adalah tepi atas corpus
- c) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica
- d) Ramus superior bertemu dengan corpus ossis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus ossis ilii pada linea ilipectinea. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum.
- e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior ossis ischia

6) Os sacrum

- a) Berbentuk segitiga, basis di atas, apek di bawah
- b) Terdiri dari 5 os vertebrata yang tumbuh menjadi Satu
- c) Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulatio sacroiliaca
- d) Permukaan atas vertebra sacralis pertama persendian dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke 5
- e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung

- f) Promontorium, adalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol kedalam kavum pelvis, sehingga mengurangi diameter antero posterior aditus pelvis.
- 7) Os coccygis
 - a) Terbentuk dari 4 buah vertebra rudimenter
 - b) Permukaan atas vertebra coccygealis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra sacralis ke 5, sehingga membentuk artikulasi coccygealis
 - c) Dari atas kebawah pada coccygeus, m. levator ani dan m. spinter ani eksternus.
 - d) Tulang-tulang tersebut (os coxae, os sacrum, os cocygis) bersendi pada empat buah artikulasio.
 - e) Artikulasio sacroilliaka : sendi terpenting menghubungkan os sacrum dengan os illium. Sympisis pubis menghubungkan kedua os pubis. Artikulasio sacro coccygealis menghubungkan os sacrum dengan os coccyges.

Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor, dibagi 3 bagian

- 1) Pintu atas panggul/PAP
 - a) nterior : crista dan spina pubica
 - b) Lateral : linea illiopectinea pada os coxae
 - c) Posterior : tepi anterior ossis dan promontorium
- 2) Cavum pelvis
 - a) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm

- b) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjang os sacrum 10-15 cm
 - c) Os ischium dan sebagian corpus ossis illi terdapat disebelah lateral
- 3) Pintu bawah panggul/PBP
- Berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya :
- a) Anterior : lig arcuatum pubis dan artcus pubis
 - b) Lateral : tuber ischiadikum dan ligamentum sacrotuberosum
 - c) Posterior : ujung os sacrum

Bidang Panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

- 1) PAP
- 2) Bidang terbesar pada cavum pelvis
- 3) Bidang terkecil dari cavum pelvis
- 4) PBP

2.3.5 Tanda dan gejala persalinan

Menurut Manuaba (2010) tanda dan gejala persalinan

- 2.3.5.1 Kekuatan his semakin terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
 - 2.3.5.2 Dapat terjadi pengeluaran pembawa tand (pengeluaran lender, lender bercampur darah).
 - 2.3.5.3 Dapat disertai ketuban pecah
 - 2.3.5.4 Pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakkan, pendataran, dan pembukaan serviks).
 - 2.3.5.5 Tanda-tanda persalinan
- Persalinan dimulai bila ibu sudah dalam inpartu (saat uterus berkontraksi menyebabkan perubahan pada serviks

membuka dan menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain : perasaan distensi berkurang (lightening), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah, blood show, lonjakan enblood show, lonjakan energi, gangguan pada saluran cerna.

- a. Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (engaged) setelah lightening. Lightening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak napas yang dirasakan sebelumnya selama trimester III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun lightening tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor.
- b. Mendekati persalinan servix semakin “matang” kalau tadinya selama masa hamil, servix dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang servix masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan servix akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Sebagai contoh, pada hamil servix ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal servix menutup.

- c. Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi braxton hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan.
- d. Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai saat mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.
- e. Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari pendarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita seringkali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk masa. Plak yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina sering kali di sangka tali pusat yang lepas. Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 jam sampai 48 jam.
- f. Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 jam sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang

sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya, mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih.

2.3.6 Mekanisme persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan :

2.3.6.1 *Engagement*

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid.

Masuknya kepala :

- 1) Pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan
- 2) Pada multi terjadi pada permulaan persalinan

2.3.6.2 *Flexion* (fleksi)

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/semipurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul membantu penurunan kepala selanjutnya.

Fleksi : kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

Dengan majunya kepala fleksi bertambah ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis)

Fleksi terjadi karena anak diorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

2.3.6.3 *Descent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat.

Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat : tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

2.3.6.4 *Internal rotation* (putar paksi dalam)

Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis) , membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis

Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan :

- a) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar.
- b) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan.

2.3.6.5 *Extension* (ektensi)

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vaginae.

2.3.6.6 *External rotation* (putar paksi luar)

2.3.6.7 *Expulsion*

Setelah putaran paksi luar bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak : badan

(toraks,abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.

2.3.7 Asuhan Persalinan

2.3.7.1 Pengertian Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan normal adalah asuhan kebidanan pada persalinan normal yang mengacu kepada asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi (JNPK KR, 2008).

2.3.7.2 Tujuan Asuhan Persalinan

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

2.3.7.3 Asuhan Persalinan Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala 1 dibagi 2 fas, yaitu fase laten dan fase aktif.

- a. Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap, pembukaan servik kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga di bawah 8 jam.
- b. Fase aktif persalinan : frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), servik membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin.

- c. Fase aktif dibagi 3 : fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.
- d. Mekanisme pembukaan servik berbeda antara pada primigravida dengan multigravida. Pada yang pertama ostium uteri intemum akan membuka terlebih dahulu, sehingga servik akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri internum sudah sedikit terbuka, ostium uteri internum sudah sedikit terbuka, ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama. Ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap bila ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini. Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkam secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau kartu menuju sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat. Kondisi ibu dan bayi harus dicatat secara seksama, yaitu : denyut jantung janin : setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit, nadi : setiap 30 menit, pembukaan servik : setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur : setiap 4 jam,

produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 sampai 4 jam. Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis kerja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan. Jika frekuensi kontraksi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, nilai ulang kondisi aktual ibu dan bayi. Bila tidak ada tanda-tanda kegawatan atau penyulit, ibu dipulangkan dan dipesankan untuk kembali jika kontraksinya menjadi teratur dan lebih sering.

1) Manajemen Kala 1

Mengidentifikasi masalah

2) Riwayat Kesehatan

Usia kehamilan, Masalah/komplikasi dengan kehamilan sekarang, riwayat kehamilan terdahulu, menanyakan riwayat persalinan terdahulu.

a) Pemeriksaan Fisik

Melakukan TTV, lakukan pemeriksaan abdomen, lakukan pemeriksaan dalam.

b) Pemeriksaan Abdomen

Menentukan tinggi fundus uteri, memantau kontraksi uterus, memantau denyut jantung janin, menentukan presentasi, menentukan penurunan terbawah janin,

c) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan Vulva vagina, konsistensio portio, pembukaan serviks, air ketuban, presentasi dan posisi janin, penurunan bagian terbawah janin, ketinggian bagian terbawah janin dijalan lahir

d) Menilai data dan membuat diagnosa

e) Membuat Rencana Asuhan

3) Penggunaan Partograf

a) Informasi tentang ibu

Nama, usia, gravida, para, abortus, Nomor catatan medik atau puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban.

b) Kondisi Janin

DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan

c) Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak

d) Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif, waktu penilaian

e) Kontraksi Uterus

Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi (dalam detik)

f) Obat-obatan dan Cairan yang diberikan

Oksitosin, obat-obatan dan cairan IV yang diberikan

g) Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh, urin (volume, aseton atau protein).

2.3.7.4 Asuhan Persalinan Kala II

Asuhan dimulai ketika pembukaan serviks lengkap sampai lahirnya bayi. Setelah pembukaan lengkap ibu akan mulai mengejan dan seiring dengan turunnya kepala janin, timbul keinginan untuk berdefekasi. Kala II disebut juga kala pengeluaran. Banyak ibu yang mengatakan bahwa kala II

adalah puncaknya rasa sakit dan sisi lain puncaknya kebahagiaan karena bayinya akan segera lahir.

a. Perubahan fisiologi persalinan kala II

Persalinan kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir.

- 1) His menjadi kuat dan lebih sering (faetus axis pressure)
- 2) Timbul tenaga meneran
- 3) Perubahan dalam dasar panggul
- 4) Lahirnya fetus

b. Respon fisiologis persalinan kala II

1) System kardiovaskular

- a) Kontraksi menurun aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat
- b) Resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat
- c) Saat mengejan (cardiac output meningkat 40-50 %)
- d) TD sistolik meningkat rata-rata 15 mm Hg saat kontraksi
- e) Janin normalnya dapat beradaptasi tanpa masalah
- f) Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksis tetapi dengan kadar yang masih adekuat tidak menimbulkan masalah serius

2) Respirasi

- a) Respon terhadap perubahan system kardiovaskular : konsumsi oksigen meningkat
- b) Percepatan pematangan surfaktan (*fetus-labor speeds maturation of surfactant*) penekanan pada

dada selama proses persalinan membersihkan paru-paru janin dari cairan yang berlebihan

3) Pengaturan suhu

- a) Aktifitas otot yang meningkat menyebabkan sedikit kenaikan suhu
- b) Keseimbangan cairan

4) Urinaria

Perubahan : ginjal memekatkan urine, berat jenis meningkat, ekskresi protein trace, penekanan kepala janin menyebabkan tonus vesical kandung kencing menurun

5) Muscoluskoletal

- a) Hormone relaxin menyebabkan pelunakan kartilago diantara tulang
- b) Pleksibilitat pubis meningkat
- c) Nyeri punggung
- d) Janin tekanan kontraksi mendorong janin sehingga terjadi fleksi maksimal

6) Saluran cerna

- a) Praktis inaktif selama persalinan
- b) Proses pencernaan dan pengosongan lambung memanjang

7) System syaraf

Janin, menyebabkan kontraksi penekanan pada kepala

- a) Respon psikologis persalinan kala II
 - Emotional distress
 - Nyeri menurunkan kemampuan mengendalikan emosi
 - Lemah
 - Takut

- Kultur (respons terhadap nyeri, posisi, pilihan kerabat yang mendampingi, perbedaan kultur harus diperhatikan)

b) Tanda gejala persalinan kala II

- Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- Ibu merasakan ada peningkatan tekanan pada rectum/ vagina
- Perineum menonjol
- Vulva vagina, spinter ani membuka
- Meningkatnya pengeluaran lender darah

c) Diagnose persalinan kala II

Diagnose kala II dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina atau kepala janin sudah tampak divulva dengan diameter 5-6 cm

d) Kebutuhan dasar selama persalinan

- Memberikan dukungan terus-menerus kepada ibu
- Mendampingi ibu agar merasa nyaman
- Menawarkan minum, mengipas, dan memijat ibu

e) Menjaga kebersihan diri

- Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi
- Jika ada darah lender atau cairan ketuban segera dibersihkan

f) Kenyamanan bagi ibu

- Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan/ketakutan ibu, dengan cara
- Menjaga privasi ibu
- Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan
- Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu
- Mengatur posisi ibu
- Menjaga kandung kemih tetap kosong, ibu dianjurkan berkemih sesering mungkin

g) Tanda bahaya kala II

- Takikardia
- Bradikardia
- Deselerasi
- Meconium staining
- Hiperaktif

h) Gejala dan tanda persalinan kala II

- Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina
- Perineum menonjol
- Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

i) Tanda pasti kala II

- Pembukaan serviks telah lengkap

- Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

2.3.7.5 Asuhan Persalinan kala III (kala uri)

Kala III disebut juga kala Uri atau kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban setelah bayi lahir. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan uri dan pelepasan plasenta dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas dan terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw) seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

- a. Tanda-tanda pelepasan plasenta
 - 1) Uterus menjadi bundar
 - 2) Perdarahan sekonyong-konyong
 - 3) Tali pusat yang lahir memanjang
 - 4) Fundus uteri naik
- b. Sebab-sebab pelepasan plasenta
 - 1) Pengecilan Rahim yang sekonyong-konyong akibat retraksi dan kontraksi otot-otot Rahim (perlengketan plasenta sangat mengecil)
 - 2) Ditempat plasenta lepas hematoma (plasenta terangkat dari dasarnya)
- c. Asuhan pada ibu bersalin kala III

Pengkajian awal/segera : palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi kedua dan menilai BB apakah stabil, jika tidak, rawat segera.
- d. Manajemen aktif kala III
 - 1) Jepit dan gunting tali pusat
 - 2) Memberikan oksitosin

- 3) Lakukan PTT
 - 4) Masase fundus
- e. Kebiasaan yang tidak membawa manfaat/bahkan membahayakan
- 1) Mendorong uterus sebelum lahir
 - 2) Mendorong fundus kebawah mengarah vagina
 - 3) Katetrisasi
 - 4) Tarikan tali pusat terlalu kuat
 - 5) Membiarkan plasenta tetap berada dalam uterus.

2.3.7.6 Asuhan Persalinan Kala IV (kala dimulai dari lepasnya plasenta selama 1 jam

Menurut Naomy (2013) asuhan persalinan kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plaenta sampai 2 jam pertama post partum, observasi yang harus dilakukan pada kala ini adalah

- a. Tingkat kesadaran ibu
- b. Evaluasi Uterus/ Kontraksi uterus
- c. Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum
- d. Pemeriksaan tanda-tanda vital
- e. Jumlah perdarahan
- f. Melakukan penjahitan luka episiotomy dan laserasi.

Tabel 2.3 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal Langkah APN

NO	KEGIATAN
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. Perineum menonjol. Vulva-vagina dan <i>sfincter ani</i> membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek

	plastik, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7.	Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar-benar Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi.
8.	Dengan menggunakan tehnik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan <i>amniotomi</i>).
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 DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11.	Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. Membawa ibu berada dalam posisi

	yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: Bimbing, dukung dan beri semangat. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum). Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada multigravida.
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat

	kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan <i>vernix</i> . Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian <i>distal lateral</i> (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30.	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulah dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
31.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu: Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto tranfusi.

	Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan.
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
33.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari <i>vulva</i> .
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (<i>dorsokranial</i>) secara hati-hati (untuk mencegah <i>inversio uteri</i>). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik; minta ibu , suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (<i>dorso kranial</i>) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan <i>dorso kranial</i> hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan <i>dorso kranial</i>).
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan <i>eksplorasi</i> sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan <i>masase</i> uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan <i>masase</i> dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh.

	Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan <i>massase</i> uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan.
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.

57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf).

Sumber: JNPK-KR (2012)

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010).

2.4.2 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut JNP-KR (2008), bila ditemukan tanda bahaya berikut.

2.4.2.1 Tidak dapat menyusui

2.4.2.2 Kejang.

2.4.2.3 Napas cepat (>60 x/menit).

2.4.2.4 Merintih.

2.4.2.5 Retraksi dinding Dada

2.4.2.6 Sianosis sentral.

2.4.3 Ciri- ciri Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleksi sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010)

2.4.4 Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi menurut Marmi (2015) , yaitu :

- a. Neonatus menurut masa gestasinya :
 - 1) Kurang bulan (*preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
 - 2) Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - 3) Lebih bulan (*postterm infant*) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- b. Neonatus menurut berat badan lahir :
 - 1) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - 3) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - 1) Nennonatus cukup / kurang / lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

2) Sesuai / kecil / besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

3) Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.5.1 Pengertian asuhan bayi baru lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan oleh bidan kepada bayi baru lahir selama 1 jam setelah kelahiran (Marmi, 2012).

2.4.5.2 Tujuan asuhan bayi baru lahir

Untuk mendeteksi secara dini tanda bahaya yang bisa terjadi pada bayi baru lahir, serta mengobati atau merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap (Marni, 2012)

2.4.5.3 Standart asuhan bayi baru lahir

Menurut Permenkes RI no. 43 (2016), standar pelayanan bayi baru lahir adalah sebagai berikut.

a. Standar perawatan bayi baru lahir

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

b. Penanganan asfiksia neonatorum

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

2.4.5.4 Standart kunjungan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2009), kunjungan bayi baru lahir dilakukan pada tanggal :

- a. Kunjungan pertama (KN 1) saat bayi usia 1-3 hari, asuhan yang diberikan:
 - 1) Melanjutkan pengamatan terhadap pernafasan, warna kulit, tingkat aktifitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul.
 - 2) Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap, rujuk ke dokter apabila tampak adanya bahaya dan penyulit.
 - 3) Memandikan bayi jika bayi sudah cukup hangat ($>36,6^{\circ}\text{C}$) dan meakukan perawatan tali pusat.
 - 4) Mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.
- b. Kunjungan kedua (KN 2) saat bayi usia 4-7 hari, asuhan yang diberikan :
 - 1) Menanyakan keseluruhan keadaan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui.
 - 2) Mengamati keadaan suasana hati ibu dan cara berinteraksi dengan bayinya.
 - 3) Melakukan pemeriksaan fisik.
- c. Kunjungan ketiga (KN 3) saat bayi usia 8-28 hari, asuhan yang diberikan :
 - 1) Menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi.
 - 2) Memberitahukan ibu tentang ASI Eksklusif
 - 3) Memberitahu ibu cara menyusui yang benar.

2.4.5.5 Pencegahan Infeksi (PI)

Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

- a. Apakah kehamilan cukup bulan?
- b. Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megag-megap?
- c. Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

2.4.5.6 Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan *verniks*, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum

memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013).

2.4.5.7 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2.4.5.8 Pencegahan kehilangan panas

Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu

serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2.4.5.9 Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2.4.5.10 Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorrhagic disease of the newborn* dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

2.4.5.11 Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang

bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

2.4.5.12 Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010)

2.4.5.13 Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

2.5 Konsep Dasar Nifas

2.5.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani, 2015)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Amru, 2012).

2.5.2 Tahapan masa nifas

2.5.2.1 Nifas dibagi 3 periode

- a. *Puerperium dini* yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. *Puerperium intermedial* yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
- c. *Remote Puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan.

2.5.3 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu:

2.5.3.1 Sistem kardiovaskuler

a. Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable, contoh kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi, dan pengeluaran cairan ekstrasvaskuler, dalam 2-3 minggu setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

b. *Cardiac output*

Cardiac output terus meningkat selama kala 1 dan kala 2 persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi, cardiac output akan kembali seperti semula sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

c. Sistem haematologi

Keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu *post partum*.

Leukosit selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antar 20.000-25.000/mm³.

Factor pembekuan, pembekuan darah setelah melahirkan. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengaluaran dari tempat plasenta.

Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).

Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

2.5.3.2 Sistem reproduksi

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- a. *Lochea rubra* : darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari post partum.
- b. *Lochea sanguinolenta* : berwarna kuning berisi darah dan lender, hari 3-7 post partum.
- c. *Lochea serosa* : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, hari ke 7-14 post partum.
- d. *Lochea alba* : cairan putih setelah 2 minggu.
- e. *Lochea purulenta* : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f. *Locheastasis* : lochea tidak lancar keluarannya.

Serviks mengalami involusi bersama uterus, setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tengah, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar

selama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama setelah partus keadaan vulva dan vagina masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan-lahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

Perineum akan menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekana kepala bayi dan tampak terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

Payudara, suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara, air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara didisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi.

2.5.3.3 Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam, urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Keadaan ini menyebabkan diuresis, ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

2.5.3.4 Sistem gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal, namun asupan makan kadang juga mengalami penurunan selama 1-2 hari, rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

2.5.3.5 Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *post partum*, progesterone turun pada hari ke 3 *post partum*, kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

2.5.3.6 Sistem musculoskeletal

Abulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *post partum*, ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

2.5.3.7 Sistem integument

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya *hyperpigmentasi* kulit.

2.5.4 Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu :

2.5.4.1 Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

2.5.4.2 Fase taking hold

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

2.5.4.3 Fase letting go

Fase letting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.5.5 Tanda bahaya masa nifas

Menurut Risa (2014) tanda bahaya masa nifas

2.5.5.1 perdarahan yang merah menyala setiap saat setelah minggu ke-4 pasca persalinan.

2.5.5.2 Ibu dengan demam tinggi, suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$.

2.5.5.3 Kontraksi uterus tidak baik.

2.5.5.4 Perdarahan yang banyak setelah 24 jam post partus.

2.5.5.5 Lochea yang berbau tidak enak.

2.5.5.6 Adanya tanda horman/odem pada kaki

2.5.5.7 Terjadinya bendungan ASI

2.5.6 Asuhan masa nifas

2.5.6.1 Pengertian Asuhan Masa Nifas

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

Pengertian kebidanan pada masa nifas normal adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan masalah dalam bidang masa nifas normal.

2.5.6.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Saifuddin (2009), tujuan dari pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut.

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan KB.

2.5.6.3 Standar Asuhan Masa Nifas

Menurut Permenkes RI No. 43 (2016), terdapat dua standar dalam pelayanan nifas, yaitu:

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

setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan diri, makanan bergizi, perawatan payudara, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.5.6.4 Standar Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.4 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	Mencegah perdarahan masa nifas kerana <i>atonia</i> uteri. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas kerana <i>atonia</i> . Pemberian ASI awal. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
2	6 hari setelah persalinan	Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu

		mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan 6 hari setelah persalinan
4.	6 minggu setelah persalinan	Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : Saifuddin (2009)

2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

2.6.1 Pengertian KB

Menurut WHO (1970), tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menemukan jumlah anak dalam keluarga (Sulistyawati,2014).

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).

2.6.2 Tujuan program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013).

2.6.3 Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

2.6.3.1 Keluarga berencana

2.6.3.2 Kesehatan reproduksi remaja

2.6.3.3 Ketahanan dan pemberdayaan keluarga

2.6.3.4 Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas

2.6.3.5 Keserasian kebijakan kependudukan

2.6.3.6 Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)

2.6.3.7 Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.

2.6.4 Efektivitas (Daya Guna) Kontrasepsi

Menurut Wiknjosastro (2007) efektivitas atau daya guna suatu cara kontrasepsi dapat dinilai pada 2 tingkat, yakni:

2.6.4.1 Daya guna teoritis (*theoretical effectiveness*), yaitu kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar.

2.6.4.2 Daya guna pemakaian (*use effectiveness*), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari dimana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian dan sebagainya.

2.6.5 Memilih Metode Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2002), ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih kontrasepsi.

Metode kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

- 2.6.5.1 Aman atau tidak berbahaya
- 2.6.5.2 Dapat diandalkan
- 2.6.5.3 Sederhana
- 2.6.5.4 Murah
- 2.6.5.5 Dapat diterima oleh orang banyak
- 2.6.5.6 Pemakaian jangka lama (*continuation rate* tinggi).

Menurut Hartanto (2002), faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi yaitu:

a. Faktor pasangan

- 1) Umur
- 2) Gaya hidup
- 3) Frekuensi senggama
- 4) Jumlah keluarga yang diinginkan
- 5) Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu

2.6.6 Asuhan KB

2.6.6.1 Pengertian Asuhan KB

Asuhan kebidanan pada keluarga berencana adalah asuhan yang diberikan oleh seorang bidan kepada ibu yang ingin mendapatkan pelayanan KB. Pelayanan yang diberikan oleh bidan adalah mulai dari informasi tentang macam-macam KB, efek samping, kerugian, kekurangan, indikasi dan kontraindikasi penggunaan KB serta bidan memberikan kewenangan kepada pasien untuk bisa memilih KB apa yang ingin digunakan tanpa paksaan dari bidan sebagai pemberi pelayanan (Dewi, 2013).

2.6.6.2 Manfaat asuhan KB

Manfaat dari asuhan KB ini adalah ibu sebagai akseptor KB sudah mengetahui dan memahami dengan jelas tentang KB yang ingin digunakannya melalui bidan sebagai pemberi pelayanan (Dewi, 2013).

2.6.6.3 Tujuan asuhan KB

Standar Pemeriksaan Calon Akseptor KB

a. Standar 1: Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat

Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga, dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum (gizi, KB, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjasi calon orang tua, persalinan dan nifas).

b. Standar 2: Pencatatan dan Pelaporan

Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan suatu kegiatan yang dilakukannya, yaitu registrasi semua ibu hamil diwilayah kerja, rincian pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta KB.

2.6.6.4 Standar Asuhan KB Suntik 3 Bulan

Menurut Setyorini (2014), standar asuhan KB suntik 3 bulan adalah:

a. Profil

Berisi hormon *progestin*. Sangat aman untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Kembalinya kesuburan lebih lambat rata-

rata 4 bulan. Memiliki efektifitas tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 wanita per tahun, asal penuntikannya dilakukan dengan benar.

b. Jenis

Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung *progestin*, yaitu:

- 1) *Depo Medroxyprogesterone Asetat (Depo Provera)*, mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM
- 2) *Depo Noretisterone Enantat (Depo Noristerat)*, yang mengandung 200 mg *Noretidon Enantat*, diberikan setiap 2 bulan sekali.

c. Cara Kerja

Mekanisme kerjanya yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menghambat transportasi *gamet* oleh *tuba*.

d. Keuntungan

- 1) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- 3) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- 4) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- 5) Sedikit efek samping.
- 6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 7) Dapat digunakan oleh perempuan usia >

35 thn sampai *perimenopause*.

- 8) Membantu mencegah kanker *endometrium* dan kehamilan ektopik.
- 9) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 10) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

e. Keterbatasan

- 1) Sering ditemukan gangguan haid, seperti :
 - a) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*).
 - d) Tidak haid sama sekali.
- 2) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- 4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi virus HIV.
- 6) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 7) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (*densitas*).

- 8) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, *nervositas*, jerawat.

f. Indikasi

- 1) Usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak.
- 2) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 3) Setelah melahirkan dan setelah abortus.
- 4) Tekanan darah >180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- 5) Menggunakan obat untuk *epilepsy* atau *tuberculosis*.
- 6) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- 7) Mendekati usia *menopause* yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

g. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama *amenore*.
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 5) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

h. Efek samping

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

- 1) *Amenorea*.
- 2) *Spotting*.
- 3) Meningkatnya/menurunnya berat badan

i. Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tidak hamil.
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi lain.
- 5) Ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi lain dan ingin menggantinya dengan jenis suntikan yang lain.

j. Cara Penggunaan

- 1) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikan secara IM (Intra Muscular) di daerah bokong pada 1/3 bagian dari SIAS ke tulang *coccygis*.
- 2) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol. Biarkan kulit kering

sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru dilakukan penyuntikkan.

3) Kocok obat dengan baik dan hindari gelembung udara.

k. Kunjungan Ulang

Klien harus kembali ke tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan suntikan kembali setiap 12 minggu dari penyuntikkan sebelum

