

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Asuhan Kehamilan

2.1.1 Pengertian kehamilan

Kehamilan di definisikan sebagai *fertilitas* atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat *fertilitas* hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan (Kumalasari, 2015).

Asuhan kehamilan merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawiroharjo, 2013).

2.1.2 Tujuan asuhan kebidanan pada ibu hamil

Tujuan asuhan kehamilan menurut Asrinah (2010), yaitu:

- 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 Menentukan secara dini adanya masalah atau gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama 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 air susu ibu (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

Standar asuhan kehamilan menurut Maternity (2016), sebagai berikut:

2.1.3.1 Standar 1 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

2.1.3.2 Standar 2 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikit 4x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis, pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan harus mengenal kehamilan resti atau kelaianan, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan.

2.1.3.3 Standar 3 : Palpasi abdomen

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, menentukan posisi janin dan mendeteksi dini untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

2.1.3.3 Standar 4 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

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

2.1.3.4 Standar 5 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

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

2.1.3.5 Standar 6 : persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan dengan baik, disamping persalinan dan biaya merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.

2.1.4 Jadwal pemeriksaan kehamilan menurut Rismalida (2015):

2.1.4.1 Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.

2.1.4.2 Pemeriksaan ulang setiap bulan sampai usia kehamilan 28 minggu.

2.1.4.3 Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 32 minggu

2.1.4.4 Setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 32 minggu sampai terjadi persalinan.

2.1.4.5 Pemeriksaan khusus jika ada keluhan tertentu.

2.1.5 Standar pelayanan kehamilan

Standar pelayanan kehamilan menurut Kemenkes 2016 sesuai kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai dengan dengan standar 10 T, yaitu:

2.1.5.1 Ukur tinggi badan dan berat badan

2.1.5.2 Ukur lila

2.1.5.3 Ukur tekanan darah

2.1.5.4 Ukur tinggi fundus

2.1.5.5 Tentukan presentasi janin

2.1.5.6 Pemberian tablet besi (minimal 90 tablet) selama hamil

2.1.5.7 Hitung DJJ

2.1.5.8 Pemeriksaan laboratorium

2.1.5.9 Beri imunisasi TT

2.1.5.10 Tatalaksana atau penanganan kasus

2.1.6 Pengkajian

2.1.6.1 Anamnesa meliputi identitas, riwayat pasien meliputi keluhan utama, riwayat kebidanan (menstruasi, siklus, volume, keluhan, gangguan kesehatan alat reproduksi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu), riwayat kesehatan, status perkawinan, nutrisi, pola istirahat, aktivitas sehari-hari, personal hygiene, seksual, keadaan lingkungan, respon keluarga terhadap kehamilan ibu, pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan, dan adat istiadat yang berkaitan dengan kehamilan (Sukarmi, 2013).

2.1.6.2 Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik umum (keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital), pemeriksaan khusus obstetrik (kepala, rambut, telinga, mata, hidung, mulut, leher, dada, perut, ekstermitas, genitalia, dan anus dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi), pemeriksaan laboratorium (Hb, golongan darah, reduksi dan albumin) dan pemeriksaan dalam (Asrinah, 2010).

Cara mengukurnya adalah tempatkan metline skala nol diatas simfisis dan ukur TFU dengan melihat metline dalam cm:

- a. Jika belum masuk panggul : (TFU-12) x 155
- b. Jika sudah masuk panggul : (TFU-11) x 155

2.1.7 Tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan menurut Vivian (2014) adalah sebagai berikut:

Beberapa tanda bahaya yang penting untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga adalah sebagai berikut: Pendarahan pervaginam, sakit kepala hebat, masalah penglihatan, bengkak pada muka dan tangan, nyeri abdomen yang hebat, bayi kurang bergerak seperti biasa.

2.1.8 Jadwal pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Tabel 1 Jadwal Pemberian Imunisasi

No.	Antigen	Interval (selang waktu kunjungan)	Lama pelindungan	% Pelindungan
1.	TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
2.	TT2	4 minggu setelah TTI	3 Tahun	80
3.	TT3	6 bulan setelah TT2	5 Tahun	95
4.	TT4	1 tahun setelah TT3	10 Tahun	99
5.	TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber : Pudiastuti (2011)

2.1.9 Asuhan P4K

Asuhan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yaitu: Persiapan penolong persalinan, persiapan tempat persalinan, persiapan dana untuk persalinan, alat transportasi dan calon pendonor darah (Romauli, 2011).

2.1.10 Komplikasi dalam Kehamilan

2.1.10.1 Anemia

a. Definisi

Menurut WHO tahun 2009 dalam Leveno (2013), anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr% pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaanya dengan kondisi wanita tidak hamil , terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimeseter 2. Hb 9-10 gr% disebut anemia ringan, hb 7-8 gr% disebut anemia sedang, hb < 7 gr% diesbut anemia berat.

b. Penyebab anemia menurut Manuaba (2010) adalah:

- 1) Zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan.

- 2) Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi, terutama ibu hamil.
 - 3) Perdarahan yang disebabkan infeksi, haid yang berlebihan dan melahirkan.
- c. Faktor yang mempengaruhi kejadian anemia pada ibu hamil:
- 1) Umur ibu
Wanita yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, mempunyai resiko yang tinggi untuk hamil, karena dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janinya, beresiko mengalami perdarahan dan dapat menyebabkan ibu mengalami anemia.
 - 2) Kurang energi kronis (KEK)
Timbulnya masalah gizi pada ibu hamil, seperti kejadian KEK, tidak terlepas dari keadaan sosial, ekonomi dari ibu hamil dan keluarganya seperti tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, konsumsi pangan, umur, paritas, dan sebagainya. Deteksi KEK dengan pengukuran LILA yang rendah mencerminkan kekurangan energy dan protein dan *intake* makanan sehari-hari yang biasanya diiringi juga dengan kekurangan zat gizi lain, diantaranya besi.
 - 3) Infeksi dan penyakit
Zat besi merupakan unsur penting dalam mempertahankan daya tahan tubuh agar tidak mudah terserang penyakit. Menurut penelitian, orang dengan kadar Hb < 10g/dl memiliki sel darah putih (untuk melawan bakteri) yang rendah. Seseorang dapat terkena anemia karena

meningkatnya kebutuhan tubuh akibat kondisi fisiologis (hamil, perdarahan, pasca bedah atau menstruasi).

4) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bias kembali ke kondisi sebelumnya, pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat beresiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil pulih dan akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.

5) Pendidikan

Pada beberapa pengamatan menunjukkan bahwa kebanyakan anemia yang diderita ibu hamil karena tingkat pendidikan yang rendah yaitu kurangnya pengetahuan tentang pentingnya asupan gizi yang baik tentang kebutuhan zat besi.

d. Pengaruh anemia pada kehamilan dan janin

1) Pengaruh anemia pada ibu

a) Bahaya selama kehamilan adalah dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum perdarahan antepartum, ketuban pecah dini.

b) Bahaya selama persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengedan), perdarahan post partum karena atonia uteri.

c) Bahaya selama masa nifas adalah terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan post

partum, memudahkan infeksi puerperium, anemia kala nifas.

- 2) Bahaya anemia terhadap janin adalah mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk seperti abortus, kematian intrauterine, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal.
- e. Pencegahan anemia
- 1) Untuk menghindari terjadi anemia pada ibu hamil sebaiknya dilakukan pemeriksaan kesehatan yang disertai pemeriksaan laboratorium, dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat FE sebanyak 90 tablet pada ibu-ibu hamil.
 - 2) Mengonsumsi pangan lebih banyak dan beragam, contohnya sayuran hijau, kacang-kacangan, protein hewani, terutama hati.
 - 3) Mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin c seperti jeruk, tomat, mangga dan lain-lain yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi.
- (Tarwoto dan Wasnidar, 2013)

2.2 Asuhan Persalinan

2.2.1 Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau kekuatan ibu sendiri (Indrayani, 2013).

Asuhan persalinan fisiologis dibagi menjadi empat bagian yaitu: asuhan persalinan kala I, asuhan persalinan kala II, asuhan persalinan kala III dan asuhan persalinan kala IV (Prawirohardjo, 2013).

2.2.2 Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal (Chapman, 2013).

2.2.3 Tahapan dan kala dalam persalinan

Menurut Kumalasari (2015) proses persalinan terdiri atas empat kala yaitu:

2.2.3.1 Kala I (pembukaan)

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

a. Fase laten

Dimulai sejak awal berkontraksi uterus yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks hingga 3 cm, pada umumnya fase laten berlangsung 7-8 jam.

b. Fase aktif

Dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (multipara).

2.2.3.2 Kala II (pengeluaran janin)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi yang berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

2.2.3.3 Kala III (pengeluaran plasenta)

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung selama 15-30 menit. Kala III terdiri atas dua fase yaitu sebagai berikut:

- a. Fase pelepasan plasenta
- b. Fase pengeluaran plasenta

Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu sebagai berikut:

- 1) Fundus berkontraksi kuat
- 2) Perubahan bentuk uterus dari bentuk cakram menjadi oval bulat, sewaktu plasenta bergerak ke arah segmen bagian bawah.
- 3) Adanya semburan darah dengan tiba-tiba.
- 4) Tali pusat bertambah panjang dengan majunya plasenta mendekati introitus. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam lima menit.

2.2.3.4 Kala IV

Kala IV adalah mulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam postpartum.

2.2.3 Asuhan persalinan kala I

Asuhan kebidanan yang dapat diberikan pada kala I menurut Nurasih (2012) yaitu:

- 2.2.3.1 Memberikan dukungan emosional.
- 2.2.3.2 Menganjurkan keluarga dan suami untuk mendampingi pada saat persalinan.
- 2.2.3.3 Membantu ibu untuk memilih dan menentukan posisi yang nyaman atau posisi yang diinginkan ibu.
- 2.2.3.4 Menganjurkan kepada ibu untuk makan dan minum untuk menambah energi agar tidak lemas pada saat persalinan.
- 2.2.3.5 Memperbolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluan setelah buang air besar dan buang air kecil.

2.2.4 Asuhan persalinan kala II

Asuhan kebidanan yang dapat diberikan pada kala II menurut Prawirohardjo (2013) yaitu:

- 2.2.4.1 Keluarga harus terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara, dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.
- 2.2.4.2 Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.
- 2.2.4.3 Perasaan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala II persalinan harus tenang. Melakukan bimbingan dan memberikan bantuan jika diperlukan.
- 2.2.4.4 Membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran.

- 2.2.4.5 Setelah pembukaan lengkap, menganjurkan ibu untuk meneran apabila ada dorongan kuat untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas. Menganjurkan ibu istirahat diantara kontraksi.
- 2.2.4.6 Memberikan minuma diantara kontraksi selama kala II persalinan.
- 2.2.4.7 Memberikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung. Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan dari setiap tindakan setiap kali penolong akan melakukannya, menjawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung janin, dan hasil pemeriksaan dalam).

2.2.5 Asuhan persalinan kala III

Asuhan kebidanan yang dapat diberikan pada kala III menurut Chapman (2013) yaitu:

2.2.5.1 Pemberian suntikan oksitosin

Oksitosin 10 IU secara intra muscular di 1/3 paha bawah dapat diberikan dalam 1 menit setelah bayi lahir.

2.2.5.2 Peregangan tali pusat terkendali

Tempatkan klem pada \pm 5 cm dari vulva, memegang tali pusat dari jarak dekat. Saat terjadi kontraksi yang kuat, plasenta dilahirkan dengan penegangan tali pusat terkendali kemudian tangan pada dinding abdomen menekan korpus uteri (dorso kranial).

2.2.5.3 *Massage* fundus uteri

Setelah plasenta dilahirkan, dengan perlahan masase uterus dengan cara menggosok uterus pada abdomen dengan gerakan

melingkar untuk menjaga agar uterus tetap keras dan berkontaksi dengan baik.

2.2.6 Asuhan persalinan kala IV

Asuhan kebidanan yang diberikan pada kala IV menurut Rukiyah (2010) yaitu:

2.2.6.1 Memantau tanda-tanda vital ibu, tinggi fundus kontraksi, kandung kemih dan pengeluaran darah. Pemeriksaan dilakukan setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala IV.

2.2.6.2 *Masage* uterus untuk membuat kontraksi dilakukan setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala IV.

Memantau temperatur tubuh setiap 1 jam dalam 2 jam pasca persalinan. Menilai pendarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua.

2.2.6.3 Mengajarkan ibu bagaimana menilai kontraksi dan darah yang keluar, serta melakukan *massage*.

2.2.6.4 Membersihkan ibu dan bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering, mengatur posisi ibu senyaman mungkin dan bantu ibu untuk memberikan ASI

2.2.3 Faktor -faktor yang mempengaruhi persalinan

Rimandini (2014) membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut adalah sebagai berikut:

2.2.3.1 *Power*

His (kontraksi ritmis otot polos uterus) kekuatan mengejan ibu, dan keadaan kardiovaskular respirasi metabolic ibu, kekuatan ibu atau tenaga mengedan sangat mempengaruhi.

2.2.4.2 *Passage*

Keadaan jalan lahir yang terdiri atas panggul dimana terdiri atas beberapa posisi yaitu Pintu Atas Panggul (PAP), posisi Pintu Tengah Panggul (PTP), dan posisi Pintu Bawah Panggul (PBP). Hal ini yang mempengaruhi proses persalinan lancar atau tidaknya.

2.2.4.3 *Passanger*

Bagian dari penumpang atau yang akan dikeluarkan nantinya baik dari keadaan janin (letak, presentasi, ukuran/ berat janin, ada/ tidaknya kelainan anatomik mayor) keadaan plasenta yang normal/ abnormal, serta keadaan cairan amnion (ketuban) yang baik dalam proses persalinan.

2.2.4.4 *Psikis*

Keadaan jiwa ibu yang bisa mempengaruhi persalinan secara normal atau abnormal. Bila jiwa dan kondisi ibu baik, maka persalinan akan berjalan normal dan baik, sebaliknya jika keadaan jiwa atau kondisi ibu kurang baik, maka proses persalinan akan terhambat.

2.2.4.5 *Penolong*

Seseorang yang berfungsi sebagai penolong yaitu tenaga kesehatan, seperti bidan, dokter, dimana tenaga kesehatan tersebut mampu memberikan perlindungan, pengawasan, dan pelayanan dalam proses persalinan maupun setelah persalinan selesai.

2.3 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang berat badan 2.500 gram sampai dengan 4.000 gram dengan masa kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Bayi baru lahir dengan usia 0 – 7 hari disebut neonatal dini, sedangkan 0 – 28 hari disebut neonatal lanjut (Rimandini, 2014).

Asuhan bayi baru lahir (BBL) adalah penilaian pada bayi baru lahir, mencegah infeksi, membebaskan atau membersihkan jalan nafas, memotong dan merawat tali pusat dan mempertahankan suhu tubuh, identifikasi dan pencegahan infeksi (Prawirohardjo, 2013).

2.3.2 Tujuan asuhan bayi baru lahir

Mengatur dan mempertahankan suhu bayi pada tingkat normal, mengetahui cara dan manfaat Inisiasi Menyusui Dini, memahami pentingnya pemberian vitamin K sekaligus cara memberikannya, mengetahui cara memandikan bayi secara benar (Indrayani, 2013).

2.3.3 Penilaian apgar score

Bayi baru lahir dikatakan normal jika mempunyai beberapa tanda antara lain: *Appearance color* (warna kulit atau seluruh tubuh kemerahan), *Pulse (heart rate)* atau frekuensi jantung >100 kali/menit), *Grimance* (reaksi terhadap rangsangan atau menangis, batuk/ bersin), *Activity* (tonus otot/ gerakan aktif), *Respiration* (usaha nafas/ bayi menangis kuat) (Dewi, 2010).

Table 2 Komponen penilaian apgar score pada bayi baru lahir

Komponen	Skor		
	0	1	2
Warna kulit	Biru atau pucat	Tubuh kemerahan dan ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Frekuensi jantung	Tidak ada	<100 x/menit	>100 x/menit
Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat
Tonus Otot	Lumpuh	Ekstremitas agak fleksi	Gerakan aktif
Kemampuan bernafas	Tidak ada	Lambat/ tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: Karwati (2011)

2.3.3.1 Nilai 7 – 10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik.

2.3.3.2 Nilai 4 – 6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan resusitasi.

2.3.3.3 Nilai 0 -3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi.

2.3.4 Tanda-tanda bayi lahir normal

Ladewig (2013) membahas tentang tanda-tanda bayi lahir normal menurut adalah sebagai berikut:

2.3.4.1 Berat badan bayi 2.500 – 4.000 gram.

2.3.4.2 Panjang badan 48 – 52 cm.

2.3.4.3 Lingkar kepala 33 – 35 cm.

2.3.4.4 Lingkar dada 30 – 38 cm.

2.3.4.5 Bunyi jantung 120 – 160 x/menit.

2.3.4.6 Pernafasan dada 40 – 60 cm.

2.3.4.7 Kulit kemerahan dan licin karena jaringan dan diikuti vernik caseosa.

2.3.4.8 Rambut lanugo terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna.

2.3.4.9 Kuku agak panjang dan lebar.

2.3.4.10 Genetalia jika perempuan labia mayora telah menutupi labia minor dan jika laki-laki testis telah turun.

2.3.4.11 Refleks hisap dan menelan telah terbentuk dengan baik.

2.3.4.12 Refleks moro bila dikagetkan akan terlihat seperti memeluk.

2.3.4.13 Gerak refleks sudah baik bila tangan diletakkan benda bayi akan menggenggam.

2.3.4.14 Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam.

2.3.5 Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme kehilangan panas menurut Kumalasari(2015)yaitu:

2.3.5.1 evaporasi adalah cara kehilangan panas utama pada tubuh bayi terjadi karena penguapan air ketuban yang tidak cepat dikeringkan, atai terjadi setelah bayi dimandikan

2.3.5.2 konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin

2.3.5.3 konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara disekitar yang lebih dingin.

2.3.5.4 Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperature tubuh lebih rendah dari temperature tubuh bayi.

2.3.6 Standar asuhan bayi baru lahir

2.3.6.1 Membersihkan jalan/saluran nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan dengan cara sebagai berikut menurut Jeni, 2013:

a. Letakkan bayi pada posisi telentang ditempat yang keras dan hangat.

- b. Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- c. Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
- d. Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali tau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.
 - 1) Kekurangan zat asam pada bayi baru lahir dapat menyebabkan kerusakan otak. Sangat penting membersihkan jalan nafas, sehingga upaya bayi bernafas tidak akan menyebabkan aspirasi lendir (masuknya lendir keparu-paru).
 - 2) Alat penghisap lendir mulut DeLee atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap di tempat.
 - 3) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
 - 4) Petugas harus memantau dan mencatat usaha nafas yang pertama.
 - 5) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dan hidung atau mulut harus diperhatikan.

2.3.6.2 Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan diatas perut ibu (bila tidak memungkinkan, letakkan didekat ibu misalnya diantara kedua kaki atau disebelah ibu) pastikan area tersebut bersih dan kering. Keringkan bayi terutama muka dan permukaan tubuh dengan kain kering, hangat dan bersih (Rukiyah & Yulianti, 2010).

Lakukan 2 penilaian awal sebagai berikut:

- a. Apakah menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?

b. Apakah bergerak dengan aktif atau lemas?

2.3.6.3 Perawatan tali pusat

Nasehat untuk merawat tali pusat menurut Johariah, (2012) yaitu:

a. Jangan membungkus tali pusat atau mengoles cairan/ bahan apapun ke tali pusat.

b. Beri nasehat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi:

- 1) Lipat popok di bawah tali pusat.
- 2) Tali pusat yang kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT, sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- 3) Jelaskan pada Ibu bahwa ia harus mencari bantuan kepetugas atau fasilitas kesehatan, jika pusat menjadi merah, bernanah, dan atau berbau.
- 4) Pangkal tali pusat (pusat bayi) menjadi berdarah, merah meluas atau mengeluarkan nanah atau berbau segera rujuk ke bayi kefasilitas yang dilengkapi perawatan untuk bayi baru lahir.

Bidan hendaknya menasehati ibu agar tidak membubuhkan papun pada sekitar daerah tali pusat karena dapat mengakibatkan infeksi. Disebabkan karena meningkatkan kelembaban (akibat penyerapan oleh bahan tersebut) sehingga badan bayi menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri).

2.3.6.4 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yaitu ketika bayi memiliki kemampuan untuk menyusu sendiri, dengan kriteria terjadi kontak kulit ibu dan kulit bayi setidaknya dalam waktu 60 menit pertama setelah bayi lahir. Dan manfaat IMD

mempererat ikatan batin antara ibu-anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi langsung diletakan didada Ibunya sebelum bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang ada dalam diantara Ibu dan anak. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting sang bunda. Perilaku bayi tersebut dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusu Dini. Langkah awal IMD menurut Asih (2016) yaitu:

- a. Anjurkan suami atau keluarga mendampingi
- b. Segera keringkan bayi tanpa menghilangkan lapisan lemak putih (verniks).
- c. Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju, tengkurapkan bayi didada atau perut ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan bayi dan kemudian selimuti keduanya agar tidak kedinginan.
- d. Anjurkan ibu untuk memberikan sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting.
- e. Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibunya.
- f. Biarkan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu selama minimal 1 jam walaupun proses menyusui telah terjadi. Bila belum terjadi proses menyusui hingga 1 jam, biarkan bayi berada didada Ibu sampai proses menyusui pertama berakhir.

2.3.5.5 Menilai refleks pada bayi baru lahir

- a. *Refleks rooting*, dengan cara mengusap pipi, bayi akan menengok dengan mulut membuka kearah usapan tersebut
- b. *Refleks sucking*, reflek ini berhubungan dengan reflek rooting menyusui, dan menyebabkan bayi untuk secara langsung menghisap apapun yang disentuhkannya dimulutnya
- c. *Refleks moro*, saat ada suara yang keras, bayi akan mengabdiksi kedua lengannya secara simetris (mengemban) tangan seperti mencengkram atau memeluk tubuh dan bayi akan menangis sangat keras
- d. *Refleks babinsky*, rangsangan ketika kaki bayi diusap jari-jari kaki bergerak
- e. *Refleks grasping*, rangsangan menghisap yang kuat (Ladewig dkk, 2013)

2.3.5.6 Pencegah infeksi mata

Pencegahan infeksi dengan menggunakan salep atau tetes mata (Tetrasiklin 1%, eritromisin 0,5%, atau nitras argensi 1%). Salep antibiotik tersebut harus diberikan dalam waktu 1 jam setelah kelahiran untuk mencegah oftalmia neonatorum (Dewi, 2010).

2.3.5.7 Pemberian vitamin k₁

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin k₁ dan injeksi 1mg intramuskuler dipaha kiri sesegera mungkin untuk mencegah pendarahan pada otak cranial karena defisiensi vitamin K bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Indrayani, 2013).

2.3.5.8 Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B regimen tunggal sebanyak 3 kali, pada usia 0 bulan (segera setelah lahir), usia 1 bulan, usia 6 bulan; atau pemberian regimen kombinasi sebanyak 4 kali pada usia

0 bulan, usia 2 bulan (DPT+Hepatitis B) usia 3 bulan, usia 4 bulan pemberian imunisasi hepatitis B (Karwati dkk, 2011).

Tabel 3 Jadwal Imunisasi

No.	Jenis vaksin	Jumlah vaksin	Selang waktu pemberian	Sasaran
1.	BCG	1 kali		Bayi 0-11 bulan
2.	Combo (DPT+HB)	3 kali (Combo 1,2,3)	4 minggu	Bayi 2-11 bulan
3.	Polio	3 kali (Polio 1,2,3,4)	4 minggu	Bayi 2-11 bulan
4.	Campak	1 kali		Anak 9-11 bulan

Sumber: Johariah (2012)

2.3.6 Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

Tanda-tanda bahaya BBL bila ditentukan tanda bahaya berikut, rujuk bayi kefasilitas kesehatan menurut Prawirohardjo (2013):

2.3.6.1 Sesak nafas.

2.3.6.2 Frekuensi pernafasan >60 x/menit.

2.3.6.3 Retraksi dinding dada bawah.

2.3.6.4 Malas minum atau tidak menyusu.

2.3.6.5 Panas atau suhu badan bayi rendah.

2.3.6.6 Sianosis

2.3.6.7 Kurang aktif.

2.3.6.8 Berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum.

2.3.7 Standar kunjungan bayi baru lahir menurut Karwati (2011)

2.3.7.1 Kunjungan Neonatal I (KNI). Pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir.

2.3.7.2 Kunjungan Neonatal II (KN2). Pada minggu pertama (pada hari ke-3 sampai hari ke-7).

2.3.7.3 Kunjungan Neonatal III (KN3). Pada hari ke-8 sampai hari ke-28)

2.4 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

2.4.1 Pengertian masa nifas

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Yanti dkk, 2011).

Asuhan masa nifas adalah asuhan yang diperlukan untuk pemulihan alat kandungan pada keadaan normal, setelah proses persalinan (Ambarwati, 2010).

2.4.2 Tujuan asuhan nifas

Tujuan dari pemberian asuhan nifas menurut Astuti (2015), yaitu:

2.4.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.

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

2.4.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayinya.

2.4.2.4 Memberikan pelayanan keluarga berencana.

2.4.2.5 Tahapan pada masa nifas

Tahapan pada masa nifas menurut Sari dan Rimandini (2014) adalah sebagai berikut:

a. Periode *immedrate postpartum* atau *puerperium* dini adalah masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya pendarahan karena atonia uteri, oleh sebab itu

bidan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah.

- b. Periode *intermedial / early puerperium* (24 jam – 1 minggu) Di fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal. Tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.
- c. Periode *late postpartum* (1 – 5 minggu)
Diperiode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.4.5 Standar kunjungan masa nifas menurut Marmi (2011) yaitu:

2.4.5.1 Kunjungan I (6-8 jam) setelah persalinan

Memeriksa tanda bahaya yang harus dideteksi secara dini dilakukan dengan upaya mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas.

2.4.5.2 Kunjungan II (6 hari) setelah persalinan

Tujuannya:

- a. Mengenali tanda bahaya seperti: mastitis (radang pada payudara), abses payudara (payudara mengeluarkan nanah), metritis dan peritonitis
- b. Memastikan involusi uterus berjalan normal dan tidak ada bau yang abnormal dari lochea
- c. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- d. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, minuman dan istirahat

- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyakit
- f. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi

2.4.5.3 Kunjungan III (2 minggu) setelah persalinan

Tujuannya sama dengan kunjungan nifas ke II (6 hari setelah persalinan)

2.4.5.4 Kunjungan IV (6 minggu) setelah persalinan

Tujuannya menanyakan ibu tentang penyakit-penyakit atau masalah yang dialaminya dan memberikan konseling untuk KB secara dini.

2.4.6 Perubahan sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi menurut Nurjanah dan Dewi (2012) adalah sebagai berikut:

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi.

2.4.6.1 Uterus

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

Tabel 4 Tinggi fundus uteri (TFU) dan berat

No.	Involusi	TFU	Berat uterus
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari bawah pusat	1000 gr
2.	1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	750 gr
3.	2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	500 gr
4.	6 minggu	Normal	50 gr
5.	8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber: (Yanti dkk, 2011)

2.4.6.2 Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas menurut Ambarwati (2010).

Berikut ini adalah beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita pada masa nifas.

a. Lochea rubra (2 hari pasca persalinan)

Berwarna merah, berisi darah segar dan sisa selaput ketuban.

b. Lochea sanguinolenta (3 – 7 hari pasca salin)

Terdiri dari darah bercampur lendir warna kecoklatan.

c. Lochea serosa (7 – 14 hari pasca salin)

Lochea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning.

d. Lochea alba

Dimulai dari hari ke -14 berwarna putih kekuningan.

2.4.6.3 Serviks

Segera setelah berakhirnya persalinan, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu *postpartum*.

2.4.6.4 Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan *puerperium* merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang *nulipara*. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga.

2.4.6.5 *Mamae* / payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai 2 mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut :

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

2.4.6.6 Sistem pencernaan

Pada ibu nifas terutama yang partus lama dan terlantar dan mudah terjadi ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltik usus. Penyebabnya adalah penekanan buah dada dalam kehamilan dan partus lama, sehingga membatasi gerak peristaltik usus. Serta bias juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena adanya luka jahitan perineum.

2.4.6.7 Sistem perkemihan

Pelvis, ginjal dan ureter teregang dan berdilatasi selama kehamilan dan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Disamping itu, kandung kemih pada *puerperium* mempunyai kapasitas yang meningkat secara relative. Oleh karena itu distensi yang berlebihan, urin residual yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna harus diwaspadai.

2.4.6.8 Sistem muskuloskuletal

Ligament-ligamen, fasia, dan diafrograma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala.

2.4.6.9 Sistem endokrin

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

2.4.6.10 Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang selama tahap ketiga persalinan, hormone oksitosin berperan dalam proses pelepasan plasenta, dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah pendarahan.

2.4.6.11 Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar tiutari bagian belakang untuk mengeluarkan prolactin. Hormone ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

2.4.6.12 Estrogen dan progresteron

Tingkat estrogen yang tinggi dapat memperbesar hormone antidevretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progresteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsang an dn peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dasar panggul, dan vagina.

2.4.7 Kebutuhan dasar nifas

Memberikan konseling pada ibu mengenai tata cara memenuhi kebutuhan dasar ibu pada masa nifas menurut Astuti dkk (2015), yaitu:

2.4.7.1 Nutrisi dan cairan

Memberitahu ibu bahwa pada masa nifas nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan ASI. Memberitahu ibu bahwa ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d. Pil zat besi diminum untuk menambah zat besi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jm setelahnya agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2.4.7.2 Eliminasi

- a. BAK dalam 2 jam postpartum
- b. BAB setelah hari ke-2 postpartum

2.4.7.3 Kebersihan diri

- a. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari arah depan kebelakang kemudian membersihkan anus.
- b. Ganti pembalut setidaknya dua kali sehari. Cuci tangan dengan air dan sabun sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.

2.4.8 Tanda-tanda bahaya nifas

Tanda-tanda bahaya nifas menurut Sari dan Rimandini (2014), yaitu:

- 2.4.8.1 Sakit kepala parah/ terus-menerus dan pandangan panas/ masalah penglihatan.

- 2.4.8.2 Pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan.
- 2.4.8.3 Rasa sakit, merah atau bengkak di bagian betis atau kaki.
- 2.4.8.4 Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam.
- 2.4.8.5 Puting susu berdarah atau merekah, sehingga sulit untuk menyusui.
- 2.4.8.6 Tubuh lemas dan terasa mau pingsan, merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.
- 2.4.8.7 Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama.
- 2.4.8.8 Tidak bisa buang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil
- 2.4.8.9 Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau diri sendiri.
- 2.4.8.10 Demam tinggi hingga melebihi 38⁰ C.
- 2.4.8.11 Pendarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut 2 kali dalam setengah jam), disertai gumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk.
- 2.4.8.12 Nyeri perut hebat/rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung serta ulu hati.

2.5 Asuhan Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian keluarga berencana

Asuhan pada keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan (Anton dan Diah, 2013).

2.5.2 Tujuan asuhan keluarga berencana

Tujuan asuhan keluarga berencana adalah mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat

sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk indonesia. Sasaran gerakan KB Nasional ialah PUS (Pasangan Usia Subur) dengan laju pertumbuhan, dengan prioritas Pus muda dengan paritas rendah, generasi muda dan purna PUS, pelaksana dan pengelola KB, sasaran wilayah adalah wilayah dengan laju penduduk tinggi dan wilayah khusus seperti sentra industri, pemukiman padat, daerah kumuh, daerah pantai, dan daerah terpencil (Sulistyawati, 2011).

2.5.3 Macam-macam metode kontrasepsi menurut Yuhedi (2014):

2.5.3.1 Metode kontrasepsi alami ialah metode yang tidak menggunakan alat atau obat dan tidak memerlukan biaya

- a. Metode kalender, ibu harus mengetahui kapan masa suburnya berlangsung dengan puasa senggama selama kurun waktu kemungkinan dalam masa subur
- b. Metode Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun
- c. Metode suhu basal dengan cara pengukuran suhu tubuh ibu untuk mengetahui masa subur
 - i. Metode senggama terputus adalah metode tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

2.5.3.2 Metode kontrasepsi hormonal

- a. Pil, ada 2 macam yaitu pil kombinasi yang mengandung 2 hormon dan mini pil yang hanya mengandung hormone progestin.
- b. Injeksi atau suntik ada 2 macam yaitu 1 bulan yang mengandung 2 hormon dan 3 bulan yang hanya mengandung hormone progestin.
- c. Implant atau susuk adalah alat kontrasepsi yang disusupkan dibawah kulit lengan atas sebelah dalam berbentuk kapsul silastik (lentur) dan dalam setiap batang mengandung hormone levonorgestrel yang dapat mencegah terjadinya kehamilan.

2.5.3.3 Metode kontrasepsi nonhormonal

- a. Kondom merupakan selubung /sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks yang dipasang pada alat kelamin laki-laki.
- b. Diafragma adalah kap berbentuk bulat, cembung, terbuat dari lateks yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks.
- c. IUD adalah alat kontrasepsi berukuran kecil, yang sering dipakai berbentuk T, mengandung tembaga atau levonorgestrel, yang dimasukkan kedalam rahim dengan jangka pemakaian cukup lama dan merupakan metode pengendalian kelahiran yang paling efektif.

2.5.3.4 Metode kontrasepsi mantap

- a. Tubektomi adalah tindakan pembedahan untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincing) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

- b. Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi. Cara kerja, keuntungan dan kerugian hampir sama dengan metode tubektomi.

2.5.4 Kontrasepsi yang dianjurkan untuk ibu menyusui menurut Marmi (2016) sebagai berikut:

2.5.4.1 Suntik KB 3 bulan

a. 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.

b. 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.

c. 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.
- d. 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.
- e. Efek samping
- 1) Amenorea (tidak terjadi perdarahan/spotting)
 - 2) Perdarahan/perdarahan bercak (spotting).

- f. 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) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
 - 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
 - 11) Anemia defisiensi zat besi.
 - 12) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- g. Yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntik progestin
- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
 - 2) Perdarahan pervaginam 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.

h. 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 menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal ibu tersebut tidak haid, 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 sat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh malakukan hubungan seksual.

2.5.4.2 Minipil

Menurut Saifuddin dkk (2010) 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 isi 28 pil : 75 mg desogestrel.

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.

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.

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.

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.

f. Efek Samping

- 1) Amenorea.
- 2) Perdarahan tidak beraturan/spotting.

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) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.
- 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.
- 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 datangnya 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.

2.5.4.3 Implant (AKBK)

Menurut Handayani (2010) Implant (AKBK) adalah alat kontrasepsi yang disusupkan dibawah kulit yang hanya mengandung mengandung hormone progesteron.

a. Cara kerja implant

Satu sel implant yang terdiri dari 2,4, atau 6 kapsul dapat bekerja secara efektif selama lima tahun, sedangkan implanol efektif selama 1-3 tahun.

b. Efek samping

- 1) Gangguan haid.
- 2) Depresi.
- 3) Keputihan.

- 4) Jerawat.
 - 5) Perubahan libido
 - 6) Perubahan berat badan.
 - 7) Infeksi.
- c. Efektivitas
- Efektivitas sangat tinggi, kegagalan teoritis 0,25, dalam praktik 1-3%.
- Keuntungan
- 1) Tidak menekan produksi ASI.
 - 2) Praktis, efektif.
 - 3) Tidak ada faktor lupa.
 - 4) Masa pakai jangka panjang (5 tahun).
 - 5) Membantu mencegah anemia.
 - 6) Khasiat kontrasepsi susuk berakhir segera setelah pengangkatan implant.
- d. Kerugian
- 1) Implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.
 - 2) Implant lebih mahal dari pada pil KB atau suntikan dan cara KB jangka pendek lainnya.
 - 3) Implant sering mengubah pola haid.
 - 4) Wanita tidak dapat menghentikan pemakaiannya sendiri.
- e. Kontraindikasi
- 1) Hamil atau diduga hamil.
 - 2) Perdarahan melalui vagina yang tidak diketahui sebabnya.
 - 3) Tumor/keganasan.
 - 4) Penyakit jantung, kelainan haid, darah tinggi, kencing manis.
- f. Cara pemasangan
- 1) Saat pemasangan yang tepat adalah pada waktu menstruasi atau 1-2 hari setelah menstruasi.

- 2) Akseptor sebainya berbaring horizontal atau duduk selama pemasangan implant untuk mempermudah pemasangan. Tempat tidur/meja ditutup dengan linen yang bersih.
- 3) Pemasangan dilaksanakan lengan kiri karena merupakan tempat terbaik untuk pemasangan.
- 4) Lengan kiri diletakkan lurus setinggi pundak.
- 5) Tentukan daerah pemasangan biasanya sekitar 8-10 cm diatas lipat suku.
- 6) Lakukan anestesi lokal ditempat insersi dan dengan arah seperti kipas sepanjang 4-4,5 cm dengan pembius lokal.
- 7) Lakukan sayatan melintang selibar 2-3 cm di tempat suntikan, agar luka tidak dijahit dan mengurangi kemungkinan infeksi.
- 8) Tusukkan trokar melalui sayatan kebawah kulit, perhatikan tanda batasnya dan tusukkan sampai tanda batas dekat pangkal trokar.
- 9) Keluarkan batang dalam trokar dan masukkan capsul implant ke dalam batang luar trokar dengan memakai pinset anatomis, dorong pelan-pelan dengan batang pendorong sampai terasa ada tahanan.
- 10) Pertahankan posisi batang, trik trokar perlahan-lahan sepanjang batang pendorong sampai batas paling ujung. Implant terlepas dari trokar kalau tanda batas paling ujung terlihat pada luka insisi dan dipastikan dengan meraba ujung trokar dengan jari.
- 11) Raba implant yang terpasang dengan telunjuk jari kiri, dorong trokar pada posisi sebelahnya tanpa terlebih dahulu mengeluarkan ujung-ujungnya dari sayatan. Pasang seluruh implant dengan posisi menyerupai

kipas, sehingga keenam kapsul terpasang baik. Olesi luka sayatan dengan antiseptik, tutup dengan plaster dan kasa steril kemudian balut dengan perban.

g. Cara pencabutan

- 1) Atur posisi pasien berbaring horizontal selama penjabutan.
- 2) Tentukan posisi implant dengan palpasi. Lakukan anastesi lokal pada tempat insersi dengan bentuk seperti kipas dengan ciran pembius lokal.
- 3) Lakukan sayatan 2-3mm, agar luka tidak perlu dijahit dan mengurangi kemungkinan infeksi.
- 4) Tekan implant dengan jari kearah sayatan, setelah ujung tampak jepit dengan pean dn tarik keluar.
- 5) Bersihkan implant dari jaringan yang menutupi ujungnya dengan menggunakan skapel.
- 6) Jepit ujung implant yang telah bersih dengan pean yang lain. Tarik keluar implant perlahan-lahan sampai terlepas seluruhnya. Lakukan hal yang sama sampai semua implant keluar.
- 7) Rapatkan luka, tutup dengan plaster, kasa steril dan balut dengan perban.

2.5.4.4 IUD (AKDR)

Menurut Saifudin dkk (2010) AKDR dalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam.

a. Cara kerja AKDR

- 1) Meninggikan getaran saluran telur sehingga pada waktu blastokista sampai kerahim, endometrium belum siap untuk menerima nidasi hasil konsepsi.
- 2) Menimbulkan reaksi mikro infeksi, sehingga terjadi penumpukan sel darah putih, yang nelarutkan blastokista.
- 3) Lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas.

- b. Efektivitas
Efektifita AKDR tinggi, angka kegagalan berkisar 1%
- c. Keuntungan
 - 1) Praktis, ekonomis mudah dikontrol, aman untuk jangka panjang dan kembalinya masa kesuburan cukup tinggi.
 - 2) Tidak dipengaruhi faktor lupa seperti pil.
- d. Indikasi
Merupakan cara KB efektif terpilih yang sangat diprioritaskan pemakaiannya pada ibu dalam fase menjarangkan kehamilan dan mengakhiri kesuburan serta menunda kehamilan, dengan jenis AKDR mini.
- e. Kontraindikasi
 - 1) Kehamilan.
 - 2) Gangguan perdarahan yang tidak diketahui sebabnya.
 - 3) Peradangan pada alat kelamin, endometrium dan pangkal panggul.
 - 4) Kecurigaan tomur ganas di alat kelamin.
 - 5) Tumor jinak rahim dan kelainan bawaan rahim.
- f. Efek samping
 - 1) Perdarahan
 - 2) Keputihan
 - 3) Ekspulsi
 - 4) Nyeri
 - 5) Infeksi
 - 6) Translokal
- g. Cara pemasangan
 - 1) Akseptor diberi penjelasan bahwa pemasangan AKDR akan dilaksanakan.
 - 2) Akseptor dipersilahkan untuk BAK dahulu.
 - 3) Akseptor dipersilahkan berbaring dalam posisi litotomi untuk mempermudah pemasangan AKDR.

- 4) Bila akseptor belum/tidak bisa BAK, sebaiknya dianjurkan buang air kecil dahulu.
 - 5) Lakukan pemeriksaan dalam (PD), untuk menentukan besar rahim dan bentuk rahim.
 - 6) Masukkan spekulum, bersihkan dinding vagina dan mulut dari tabungnya. Cara rahim dengan kapas desinfektan. Perhatikan dinding vagina dan mulut rahim apakah terdapat kelainan atau tidak.
 - 7) Bersihkan portio dengan larutan antiseptik.
 - 8) Kait depan bibir portio serviks dengan tenakulum tepatpada sebelah atas portio.
 - 9) Masukkan sonde sesuai dengan arah rahim, untuk menentukan dalamnya rahim.
 - 10) Siapkan AKDR steril. Biasanya AKDR generasi II atau III telah dikemas dalam keadaan suci hama (bila bungkusannya tidak rusak. Sedangkan lippes loop perlu disucihamakan dahulu.
 - 11) Masukkan AKDR sesuai dengan arah dan dalamnya sonde. Terdapat dua cara untuk melepaskan AKDR. Cara pertama adalah dengan mendorong flunger (bagi tipe lippes loop). Cara kedua adalah dengan menahan flunger menahan dan menarik tabung kearah pemasang AKDR (bagi AKDR generasi II dan III).
 - 12) Potong benang jangan panjang dan juga jangan terlalu pendek agar tidak menyebabkan sakit pada waktu senggama.
- h. Cara melepas AKDR
- 1) Petugas mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah tindakan.
 - 2) Akseptor dipersilahkan untuk BAK terlebih dahulu dan membersihkan daerah genetaliaanya, kemudian

dipersilahkan untuk berbaring di tempat periksa dalam posisi litotomi.

- 3) Gunakan sarung tangan.
- 4) Bersihkan bibir liang senggama, dinding liang senggama dan mulut rahim dengan memakai kapas yang dibasahi cairan antiseptik.
- 5) Lakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan besar, bentuk, dan posisi rahim.
- 6) Masukkan spekulum kedalam liang senggama. Posisikan sedemikian rupa sehingga mulut rahim terlihat dengan baik.
- 7) Bersihkan serviks dengan larutan antiseptik 3x secara merata pada daerah serviks dan vagina.
- 8) Identifikasi benang AKDR, jika terlihat, jepit benang dengan forsep, tarik benang AKDR perlahan-lahan ke arah bawah hingga keluar dari liang senggama. Bila terasa ada tahanan terlalu kuat, cobalah lakukan manuver dengan menarik narik secara halus benang tersebut.
- 9) Apabila benang tidak terlihat, masukkan sonde sesuai dengan posisi rahim pada pemeriksaan dalam. Ukur dalam rahim dan putar gagang sonde secara perlahan-lahan dalam bentuk lingkaran, benturan sonde dengan IUD akan terasa bila IUD terdapat di dalam rahim. Tarik IUD keluar dengan memakai IUD removal/pengait IUD.
- 10) Lepaskan spekulum, kemudian lakukan desinfeksi daerah vagina.
- 11) Lakukan dekontaminasi peralatan dan bahan pakai ulang dengan bahan klorin 0,5%.