

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Asuhan Komprehensif

2.1.1 Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, sampai KB. Asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal-hal yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas, hingga bayi dilahirkan sampai dengan pemilihan KB, dan menegakkan diagnosa secara tepat,antisipasi masalah yang mungkin terjadi, dan melakukan tindakan untuk menangani komplikasi.

2.1.2 Tujuan asuhan komprehensif

Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dengan tujuan menciptakan kesejahteraan bagi ibu dan anak, kepuasan pelanggan dimana dengan adanya asuhan komprehensif ini mewujudkan keluarga kecil dan bahagia (Juliana, 2008).

2.2 Konsep Dasar asuhan kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Menurut saifuddin (2009), Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga 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 ke 27), dan trimester ketiga, (minggu ke 28 hingga ke 40).

Menurut Kuswanti (2014), Kehamilan adalah masa dimana seseorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya. Masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus yaitu kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu).

Kehamilan adalah proses pertemuan antara spermatozoa dan ovum atau yang di sebut dengan konsepsi, kemudian terjadi fertilisasi atau penyatuan antara sperma dan ovum yang akan menjadi buah kehamilan, hasil konsepsi akan tertanam dalam

endometrium atau terjadinya implantasi (Nidasi), sampai lahirnya janin dan lama kehamilan kira-kira 280 hari (40 minggu).

2.2.2 Pengertian Asuhan Antenatal care

Asuhan antenatal care adalah 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. (Walyani, 2015)

2.2.3 Tujuan Asuhan Kehamilan (meternity, 2016)

2.2.3.1 Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.

2.2.3.2 Mendeteksi dan melakukan penatalaksanaan komplikasi medis, bedah atau obstetrik selama kehamilan.

2.2.3.3 Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.

2.2.3.4 Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis, dan sosial.

2.2.3.5 Memantau kemajuan kehamilan dan untuk memasatkan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.

2.2.3.6 Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

2.2.4 Pemeriksaan Ibu Hamil (Pemeriksaan *Antenatal Care*)

2.2.4.1 Kunjungan *antenatal care*

Menurut sulisyuawati (2009) Kunjungan ibu hamil adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai standar yang telah ditetapkan.

2.2.4.2 Jenis-Jenis Kunjungan Ibu Hamil

Menurut Kuswanti (2014) jenis-jenis kunjungan ibu hamil

a. Kunjungan ibu hamil K1

Kunjungan baru ibu hamil adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilannya. K1 terbagi dua yaitu:

1) K1 murni (kunjungan dibawah 12 minggu).

2) K1 akses (kunjungan diatas 12 minggu).

b. Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan seterusnya untuk mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai dengan standar selama satu periode kehamilan berlangsung.

c. K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai dengan standar yang ditetapkan, dengan syarat:

- 1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan sebelum 14 minggu).
- 2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-28 minggu).
- 3) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-36 minggu).

2.2.4.3 Asuhan Kehamilan “14 T” Yaitu:

Menurut Kuswanti (2014) pelayanan asuhan kehamilan terdiri dari:

- a. Timbang berat badan dan ukur Tinggi badan.
- b. Ukur Tekanan darah
- c. Ukur Tinggi *fundus uteri*, Pemeriksaan TFU dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan anamnesis (HPHT ibu).
- d. Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT).
- e. Pemberian Tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- f. Tes terhadap penyakit menular seksual/VDRL (*Disease Research Lab*).
- g. Temu wicara (konseling).
- h. Termasuk Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.
- i. Tes/pemeriksaan Hb, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia atau tidak. Pemeriksaan Hb pada ibu hamil sebaiknya dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28 kehamilan.
- j. Tes/pemeriksaan urin protein, Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala preeklamsi.
- k. Tes reduksi urin.
- l. Perawatan payudara (Tekan pijat payudara).

- m. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil).
- n. Terapi *yodium* kapsul (khusus daerah endemis gondok) dan Terapi obat malaria (khusus daerah endemis malaria).

2.2.4.4 Asuhan P4K

Menurut Kuswanti (2014), Asuhan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) yaitu:

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

2.2.5 Standar asuhan kehamilan

Menurut Kuswanti (2014), Terdapat enam standar dalam standar pelayanan antenatal antara lain:

2.2.5.1 Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Pernyataan standar:

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

2.2.5.2 Standar 4 : pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Pernyataan standar:

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal, kelainan dalam kehamilan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS (Penyakit Menular Seksual), HIV-AIDS, memberikan pelayanan imunisasi, penyuluhan dan konseling serta tugas terkait lainnya. Mencatat data pada setiap kunjungan, penatalaksanaan dan rujukan kegawat daruratan dalam kehamilan.

2.2.5.3 Standar 5 : palpasi *abdominal*

Pernyataan standar:

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

2.2.5.4 Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Pernyataan standar:

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

2.2.5.5 Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Pernyataan standar:

Bidan dapat mendeteksi setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda dan gejala preeklamsia serta penatalaksanaan dan rujukan yang tepat.

2.2.5.6 Standar 8 : Persiapan persalinan

Pernyataan standar:

Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami dan keluarga pada trimester III untuk memastikan persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan, persiapan transportasi dan biaya. Bidan sebaiknya melakukan kunjungan rumah.

2.2.6 Tanda dan gejala kehamilan

2.2.6.1 Tanda-tanda presumptive (Dugaan hamil)

Menurut Walyani (2015), Tanda dan gejala kehamilan yaitu.

a. Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovolasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkiraan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, amenorea juga dapat disebabkan penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan faktor

lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan kehamilan.

b. Mual (nause) dan muntah

Pengaruh eksterogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang di sebut morning sicknes. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

c. Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Wanita sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuannya kehamilan.

d. Syncope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada di tempat ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e. Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertumbuhan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f. Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

g. Sering miksi

desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus kekandung kemih. Pada

triwulan kedua umumnya keluhan ini berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul.

Pada akhir triwulan, gejalannya bisa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h. Konstipasi atau obstipasi

pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

i. Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini.

- 1) Sekitar pipi : cloasma gravidarum (penghintaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher)
- 2) Sekitar leher tampak lebih hitam
- 3) Dinding perut : striae lividae/gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warna membiru), striae nigrae, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea/nigra)
- 4) Sekitar payudara :hiperpigmentasi aerola mammae sehingga terbentuk areola sekunder, pigmentasi areola ini berada pada tiap wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluh darah manifestasi sekitar payudara.
- 5) Sekitar paha dan paha atas: terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

j. Epulis

Hipertropi papila gingivae/gusi sering terjadi pada triwulan pertama.

k. Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

2.2.6.2 Tanda kemungkinan hamil (tanda tidak pasti)

Menurut Kuswanti (2014), Tanda kemungkinan hamil (tanda tidak pasti)

a. Perut membesar

Terjadi pemebesaran abdomen secara progresif dari kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada minggu ke 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar opanggul dna mengisi rongga abdomen.

b. Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dari rahim.

c. Tanda hegar

Konsistensi rahim yang menjadi lunak, terutama daerah isthumus uteri sedemikian lunaknya, sehingga kalau kita letakan 2 jari dalam forniks posterior dan maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari cerviks.

d. Tanda chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (liveide) yang disebabkan oleh adanya hipervaskularisasi. Warna porsio juga akan tampak livide. Hal ini di sebabkan oleh adanya pengaruh hormon estrogen.

e. Tanda piscaseck

Uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pemesaran uterus.

f. Kontraksi- kontraksi kecil uterus bila dirangsang (Braxton hiks)

Bila uterus di rangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

g. Teraba ballotment

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dan uterus (tanda positif)

2.2.6.3 Tanda pasti (tanda positif)

a. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau teraba

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu.

- b. Denyut jantung janin:
 - 1) Didengar dengan stetoskop monoral laenec
 - 2) Dicatat dan di dengar dengan alat dopler
 - 3) Dicatat dengan fetu-elektro ardiogram (pada kehamilan 12 minggu)
 - 4) Dilihat pada ultrasonografi (USG)

2.2.7 Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil

2.2.7.1 Sistem reproduksi

a. Trimester I

1) Vagina dan vulva

Pada minggu ke 8 terjadi hipervaskulerisasi akibatnya vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (livide),tanda ini di sebut chadwick.

2) Serviks uteri

Pada saat kehamilan serviks uteri mengalami perubahan karena serviks mengandung jarinagn ikat yang mengandung kolagen, akibat kadar estrogen dan dengan adanya hipervaskulerisasi serta meningkatnya supalai darah maka konsistensi serviks menjdi lunak yang di sebut tanda godell.

3) Uterus

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot sementara produksi meosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis pada akhir kehamilan ketebalanya hanya sekitar 1,5 cm bahkan kurang (Hani, 2014).

b. Trimester II

1) Vagina dan vulva

Hormon estrogen dan progesteron yang terus meningkat dan terjadinya hipervaskularisasi yang mengakibatkan pembuluh-pembuluh darah pada alat genetalia membesar.peningkatan

vaskularisasi vagina dan visera panggul menyebabkan peningkatan sensitivitas, yang dapat meningkatkan keinginan seksual.

2) Serviks uteri

Konsistensi serviks menjadi lunak dan kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.

3) Uterus

Bentuk uterus menjadi lebih bulat dan berangsur-angsur berbentuk lonjong seperti telur. uterus mengalami perubahan berat, bentuk dan posisi. Dinding-dinding otot menjadi kuat dan elastis dan fundus lebih mudah fleksi.

Pada kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya di isi oleh amion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (parietalis) telah menjadi satu. Tinggi fundus uteri (TFU) terletak antara pertengahan simpisis pusat. Placenta telah terbentuk seluruhnya. Kehamilan 20 minggu, tinggi fundus uteri (TFU) terletak 2-3 jari di bawah pusat. Pada kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri (TFU) terletak setinggi pusat (Rismalinda, 2015).

c. Trimester III

a) Uterus

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

Isthmus lebih nyata menjadi bagian dari korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Kontraksi otot-otot bagian atas uterus menjadikan SBR lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal segmen bawah yang lebih tipis. (Kuswanti, 2014).

2.2.7.2 Payudara

a. Trimester I

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormon somatomamotropin, estrogen dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Somatomamotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus pula dan menimbulkan perubahan sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumin dan laktoglobulin, dan mammae dipersiapkan untuk laktasi. (Kuswanti, Ina 2014)

b. Trimester II

Pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih yang disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari asinus yang mulai bersekreasi. Selama trimester kedua Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta meningkatkan proliferasi duktus laktiferus dan jaringan lobules-alveoler sehingga pada palpasi payudara teraba penyebaran nodul kasar.

c. Trimester III

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

2.2.8 Kebutuhan dasar ibu hamil

2.2.8.1 Menurut Walyani (2015) kebutuhan fisik pada ibu hamil meliputi:

a. Oksigen

Berbagai gangguan pernafasan terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi dalam kandungan. Untuk mencegah terjadinya hal tersebut di atas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan:

- 1) Latihan nafa melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Kurangi atau hentiakan merokok

4) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

2.2.8.2 Nutrisi

Menurut Kusnawati (2014) Pada saat hamil ibu harus makan-makanan yang bergizi dan ibu hamil harus meningkatkan hingga 300 kalori perhari.

2.2.8.3 Hubungan Seksual

Menurut Dewi (2011), hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus hentikan (abstinentia).jika ada riwayat abortus sebelumnya, koitus di tunda sampai usia kehamilan di atas 16 minggu, di mana harappan plasenta sudah di bentuk dengan implantasi dna fungsi yang baik.

2.2.8.4 Personal Hygine

kebersihan harus di jaga pada saat hamil mandi sedikitnya 2 kali dalam sehari karena pada wanita hamil produksi keringat menjadi lebih banyak, kelenjar sebacea menjadi lebih aktif, adanya peningkatan pengeluaran pervaginam (leucorrhoea), sering terdapat kolostrum yang mengkerak di puting susu kondisi ini lebih memungkinkan terjadinya infeksi. Kebersihan gigi tidak kalah pentinng, karena dengan gigi yang baik menjamin pncernaan sempurn. Karena peningkatan estrogen yang menyebabkan gusi bengkak dan sensitive. (Indrayani, 2014)

2.2.8.5 Olahraga saat hamil

Yang dianjurkan adalah jalan jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Rismalinda, 2015).

2.2.8. 6 Istirahat dan Tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Hani, 2011).

2.2.8.7 Senam Hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (prenatal care), tujuan senam hamil yaitu menyesuaikan tubuh dengan baik dalam menyangga beban kehamilan, memperkuat

otot untuk meopang tubuh , membangun daya tahan tubuh, memperbaiki sirkulasi dan respirasi, menyesuaikan dengan pertambahan berat badan dan perubahan keseimbangan, meredakan ketegangan dan membantu rileks, membentuk kebiasaan nafas yang baik, memperoleh kepercayaan dan sikap mental yang baik (Kusnawati, 2014).

2.2.8.8 Imunisasi Menurut Indrayani (2014)

Dipteri tetanus texoid, dianjurkan booster setiap 10 tahun untuk dewasa yang telah mendapatkan seri primer sebelumnya. Dosis 0,5 ml IM. Jika seri primer tidak pernah di berikan, berikan 3 kali imunisasi (0,5 ml/dosis dengan jarak suntikan kesatuu kedua 4-8 minggu jarak suntikan kedua dan ketiga 6-12 minggu.

Tabel 2.1 Jadwal pemberian imunisasi

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 mgg setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bln setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT5	25 tahun/seumur hidup	99

2.2.9 Pemeriksaan diagnostic kebidanan

Menurut Kuswanti (2014) Palpasi abdomen Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut:

2.2.9.1 Leopold I

- a. Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus.
- b. Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut:
 - 1) Pemeriksaan menghadap pasien.

- 2) Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa tinggi fundus uteri.
- 3) Meraba bagian apa yang ada di fundus. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digeraka, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting dan susah digerakkan, maka itu adalaha bokong janin.

Tabel 2.2 TFU menurut pertambahan per tiga jari

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (TFU)
12	3 Jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat simfisis
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat prosesus xiphoideus (prx)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (prx)
40	Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus (prx)

2.2.9.2 Leopold II

- a. Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri ibu.
- b. Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut:
 - 1) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu.
 - 2) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan.
 - 3) Teraba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu

adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin).

2.2.9.3 Leopold III

- a. Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus.
- b. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:
 - 1) Tangan kiri menahan fundus uteri.
 - 2) Tangan kanan meraba bagian yang ada dibagian bawah uterus. Jika teraba bagian yang bulat, melenting, keras, dan dapat digoyangkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian yang bulat, besar, lunak, dan sulit digerakan, maka itu adalah bokong. Jika bagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangan apakah janin dalam letak melintang.
 - 3) Pada letak sungsang (melintang) dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan ballotement (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).
 - 4) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul), lalu lanjutkan pada pemeriksaan Leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

2.2.9.4 Leopold IV

- a. Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.
- b. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:
 - 1) Pemeriksaan menghadap kaki pasien.
 - 2) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah.
 - 3) Jika teraba kepala, tempat kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan di bagian bawah.
 - 4) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul.

- 5) Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul

2.2.10 Ketidaknyamanan pada kehamilan

Menurut Kusnawati (2014) ketidaknyamanan yang mungkin terjadi saat masa kehamilan meliputi:

2.2.10.1 Mual dan muntah

Mual dan muntah lazim terjadi dalam kehamilan dengan sekitar 50% kehamilan mengalami mual ringan saat bangun tidur sampai mual disepanjang hari dengan sedikit muntah, selama pertengahan pertama diawal kehamilan.

Cara mengatasinya:

- a. Makan sesuatu setelah bangun tidur.
- b. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur.
- c. Bangun dari tempat tidur dengan perlahan.
- d. Pertahankan asupan cairan yang baik.
- e. Makan dalam porsi sedikit tetapi sering.
- f. Beristirahat di pertengahan siang hari.
- g. Hindari alkohol, *kafein*, makanan pedas atau berlemak.
- h. Jahe dalam bentuk teh atau tablet mengurangi mual.
- i. Makan sedikit makanan ringan sebelum tidur dimalam hari.

2.2.10.2 Sering kencing

Sebagian besar wanita hamil mengalami sering berkemih atau kencing di awal kehamilan. Desakan untuk mengosokan kandung kemih, bahkan dalam jumlah urin yang sedikit selama siang dan malam hari disebabkan oleh tekanan dari uterus yang membesar pada kandung kemih. Tidak ada terapi khusus yang dibutuhkan untuk mengatasi sering berkemih, tetapi jika berkemih menjadi nyeri infeksi kemih dipastikan tidak terjadi.

2.2.9.3 Nyeri punggung

Sampai dengan 90% wanita dapat mengalami nyeri punggung selama kehamilan yang diakibatkan bertambahnya ketegangan pada sendi punggung bawah dan panggul oleh janin, sehingga menyebabkan nyeri punggung.

Cara mengatasi:

- a. Hindari mengangkat benda berat dan gunakan teknik mengangkat barang yang baik, yaitu menekuk lutut dan mempertahankan punggung tetap lurus saat mengangkat atau mengambil sesuatu dari lantai.
- b. Saat membawa beban berat seperti barang belanjaan berat badan harus diseimbangkan dengan sama di kedua sisi tubuh.
- c. Wanita dapat ditunjukkan cara bagaimana duduk dan berdiri dengan tulang belakang berada dalam posisi netral.
- d. Memberikan topangan yang lebih baik saat tidur.
- e. istirahat sebanyak mungkin.

2.2.11 Perubahan, ketidaknyamanan pada ibu hamil

Menurut Hani (2015) perubahan ketidaknyamanan pada ibu hamil yaitu:

2.2.11.1 Trimester I

Segera setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dalam tubuh, maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya mual, muntah, keletihan dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologi seperti berikut:

- a. Ibu untuk membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan
- b. Mencari tahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya sering kali memberitahukan orang lain atau yang di rahasiakannya.
- c. Hasrat melakukan seks berbeda-beda setiap wanita, ada yang meningkat libidonya, tetapi ada juga mengalami penurunan libido, akan menciptakan suatu kebutuhan untuk berkominikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita yang hamil yang merasakan kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, tetapi bukan dengan seks, sedangkan, libido yang sangat besar dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan dan kekuatiran.

2.2.11.2 Trimester II

Pada Trimester II biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

2.2.11.3 Trimester III

Trimester ketiga biasanya disebut periode mengganggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya, kadang-kadang ibu merasakan khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu, ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbul tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil. Ibu memerlukan ketenangan dan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan.

2.2.12 Tanda-tanda bahaya kehamilan,

Menurut Eka (2014) Tanda-tanda bahaya kehamilan yaitu:

2.2.12.1 Perdarahan pervaginam.

2.2.12.2 Sakit kepala yang hebat.

2.2.12.3 Penglihatan kabur.

2.2.12.4 Bengkak di wajah dan tangan.

2.2.12.5 Keluar cairan pervaginam.

2.2.12.6 Gerak janin tidak terasa dan nyeri perut yang hebat.

2.2.13 Tanda-Tanda Dini Bahaya/Komplikasi Ibu dan Janin Masa

Kehamilan

Menurut Walyuni (2015), Komplikasi pada ibu dan janin masa kehamilan lanjut:

2.2.13.1 Penglihatan kabur

Penglihatan kabur yaitu masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa, adanya perubahan visual (penglihatan), yang disebabkan karena pengaruh hormonal perubahan penglihatan yang ringan adalah normal dan biasanya disertai dengan sakit kepala.

2.2.13.2 Bengkak pada wajah dan jari-jari tangan

Bengkak atau Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Ibu hamil yang mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan meninggikan kaki lebih tinggi dari pada kepala.

2.2.13.3 Keluar Cairan per vaginam

Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis, penyebabnya akibat ketegangan rahim berlebihan (kehamilan ganda, hidramion) kelainan bawaan dari selaput ketuban, infeksi.

2.2.13.4 Gerakan Janin Tidak Terasa

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring/beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Penyebab janin kurang bergerak aktifitas ibu yang berlebihan sehingga gerak janin tidak dirasakan.

2.2.13.5 Nyeri perut yang hebat

Nyeri pada abdomen yang hebat yang tidak berhubungan dengan persalinan, yang tidak hilang setelah di bawa istirahat kadang-kadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir.

2.2.14 Anemia

2.2.14.1 Pengertian Anemia

Anemia adalah penyakit kurang darah yang ditandai dengan kadar haemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritosit) lebih rendah.

Penyebab anemia defisiensi zat besi: kurang asupan Fe, gangguan gastrointestinal, mual, muntah, diare, infeksi, oleh acing dan malaria (Manuaba, 2008).

Menurut Manuaba (2010), hasil pemeriksaan Hb dapat digolongkan sebagai berikut:

- a. Hb 11 gr % : tidak anemia
- b. 10-9 gr% : anemia ringan
- c. Hb 8-7 gr % : anemia sedang
- d. Hb < 7 gr% : anemia berat

2.2.14.2 Penyebab Anemia Pada Ibu Hamil

- a. Kebutuhan zat besi dan asam folat meningkat untuk memenuhi kebutuhan darah ibu dan janin.
- b. Penyakit tertentu seperti ginjal, jantung, pencernaan, dan diabetes melitus.
- c. Asupan gizi yang kurang dan pengelolaan makanan yang kurang tepat.
- d. Kebiasaan makan atau pantangan terhadap makanan tertentu seperti ikan, sayuran, dan buah serta minum kopi dan teh bersamaan saat makan.
- e. Kebiasaan minum obat penenang dan alkohol.

2.2.14.3 Gejala anemia

Gejala yang sering kali muncul pada penderita anemia diantaranya:

- a. Lemah, letih, lesu, lunglai, lelah
- b. Wajah tampak pucat
- c. Mata berkunang-kunang
- d. Nafsu makan berkurang
- e. Sulit berkonsentrasi
- f. Sering sakit

2.2.14.4 Cara Mengatasi Anemia Pada Ibu Hamil

- a. Identifikasi penyebab anemia pada ibu hamil.
- b. Pastikan tanda dan gejala anemia yang terjadi.
- c. Makan makanan yang banyak mengandung zat besi seperti daging, susu, ikan, sayur-sayuran yang hijau, kacang hijau dan buah-buahan. Makanan yang cukup seimbang, dua kali lipat dari pola makan sebelum hamil.
- d. Konsumsi vitamin C yang lebih banyak.
- e. Hindari atau kurangi minum kopi dan teh.
- f. Hindari aktifitas yang berat
- g. Istirahat cukup
- h. Timbang berat badan setiap minggu
- i. Ukur tekanan darah.
- j. Periksa HB pada tempat pelayanan kesehatan.
- k. Memberikan tablet tambah darah (Fe) diminum selama 90 hari selama kehamilan 1x1 pada malam hari.

2.2.14.5 Cara mengatasi penyakit anemia

- a. Perbanyak makanan yang mengandung zat besi, vitamin B12, vitamin C, dan asam folat. Zat tersebut banyak terdapat pada daging, kacang, sayuran berwarna hijau, jeruk, pisang, sereal, susu, melon dan buah beri.
- b. Hindari minum kopi, teh, atau susu sehabis makan karena dapat mengganggu proses penyerapan zat besi dalam tubuh.
- c. Transfusi darah, tambahan darah sesuai kebutuhan akan cepat mengembalikan jumlah sel darah merah dalam kondisi normal. Namun, setelah normal, pasien hendaknya menjaga agar terus stabil.
- d. Konsumsi suplemen dan suplemen yang mengandung zat besi dan vitamin lengkap lainnya sebagai penunjang pembentukan sel darah merah. Namun jangan bergantung pada suplemen. Kandungan zat dalam suplemen biasanya lebih besar dari yang dibutuhkan tubuh sehingga menyebabkan kerja ginjal bertambah berat. Maka jika gejala anemia sudah hilang, lakukan pola hidup yang baik agar kesehatan ibu dan anak terjaga dan anemia tidak kambuh lagi (Dwi, 2013).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

2.3.1 Pengertian persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikan selama 9 bulan. Ketika persalinan di mulai, peranan ibu adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi di samping itu bersama keluarga memberikan kebutuhan dan dukungan pada ibu bersalin (Saifudin dalam Yeyeh 2009).

Persalian dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 - 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2009).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) dari dalam uterus (rahim) dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa alat atau pertolongan istimewa yang terjadi pada kehamilan cukup (37-47 minggu), lamanya persalinan berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. (Sarwono, 2009).

2.3.2 Pengertian asuhan persalinan dan tujuan persalinan normal

Menurut Rohani (2011) asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Menurut Rukiyah (2009) tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

2.3.3 Konsep Dasar Kebutuhan Ibu Bersalin

Kebutuhan dasar menurut Abraham Maslow

2.3.3.1 Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan dasar atau kebutuhan pokok/ utama yang bila tidak terpenuhi akan terjadi ketidak seimbangan. Misal kebutuhan makan, O₂, minum, seks.

2.3.3.2 Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman misalnya perlindungan hukum, persalinan terhindar dari penyakit.

2.3.3.3 Kebutuhan dicintai dan mencintai

Kebutuhan dicintai dan mencintai misalnya mendambakan kasih sayang dari orang-orang dekat, ingin dicintai dan diterima oleh keluarga atau orang lain disekitarnya.

2.3.3.4 Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri misal ingin dihargai menghargai, adanya respon dari orang lain, toleransi dalam hidup berdampingan.

2.3.3.5 Kebutuhan aktualisasi

Kebutuhan aktualisasi misal ingin diakui atau di puja, ingin berhasil, ingin menonjol, atau ingin lebih dari orang lain.

2.3.4 Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu menurut Asri (2012) adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama persalinan.

2.3.4.1 Asuhan sayang ibu dalam sebagai kebutuhan dasar dalam persalinan

- a. Mendukung ibu dan keluarga baik secara fisik dan emosional selama persalinan dan kelahiran.
- b. Mencegah membuat diagnosa yang tidak tepat, deteksi dini dan penanganan komplikasi selama proses persalinan dan kelahiran.
- c. Merujuk kefasilitas yang lengkap bila terdeteksi komplikasi.
- d. Memberikan asuhan yang akurat dengan meminimalkan intervensi.
- e. Pencegahan infeksi yang aman untuk memperkecil resiko.

- f. Pemberitahuan kepada ibu dan keluarga bila akan dilakukan tindakan dan terjadi penyulit.
- g. Memberikan asuhan bayi baru lahir secara tepat.
- h. Pemberian ASI sedini mungkin.

2.3.5 Standar Pertolongan Persalinan

Terdapat empat standar dalam pertolongan persalinan seperti berikut ini:

2.3.5.1 Standar 9: asuhan persalinan kala I

Pernyataan standar:

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

2.3.5.2 Standar 10: persalinan kala II yang aman

Pernyataan standar:

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

2.3.5.3 Standar 11: penatalaksanaan aktif persalinan kala III

Pernyataan standar:

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

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

Pernyataan standar:

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

2.3.6 Pencegahan infeksi

Tujuan pencegahan infeksi ini yaitu mencegah terjadinya transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur, serta untuk menurunkan risiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

Beberapa cara pencegahan infeksi sebagai berikut:

- a. Alat pelindung diri (APD) didefinisikan sebagai alat yang digunakan untuk melindungi pekerja dari luka atau penyakit yang diakibatkan oleh adanya kontak dengan bahaya di tempat kerja (OSHA 2008).

Jenis alat perlindungan diri menurut Depkes, RI (2010) meliputi:

1) Cuci tangan dan pakai Sarung tangan

Pemakaian sarung tangan bertujuan untuk melindungi tangan dari kontak darah semua jenis cairan tubuh, kulit yang tidak utuh, dan benda yang terkontaminasi.

2) Masker

Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan atau petugas bedah bicara, batuk, bersin dan mencegah percikan cairan tubuh memasuki hidung, mulut petugas kesehatan.

3) Alat pelindung mata

Untuk melindungi petugas dari percikan darah atau cairan tubuh.

4) Topi

Topi di gunakan untuk menutup rambut dan kulit ke kepala sehingga serpihan kulit dan rambut tidak masuk kedalam luka selama pembedahan.

5) Apron (celemek)

Apron yang terbuat dari karet atau plastik merupakan penghalang tahan air untuk sepanjang bagian depan tubuh prtugas kesehatan.

6) Pelindung kaki

Pelindung kaki digunakann untuk melindungi kaki dan cidera akibat benda tajam atau benda berat yang mungkin jatuh.

Secara praktis, mencuci tangan secara benar merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi paling penting untuk mengurangi penyebaran penyakit dan menjaga.

2.3.7. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dan penggunaan patograf adalah untuk:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan mnilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka patograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a. Mencatat kemajuan persalinan.
- b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit.

Patograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Patograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Patograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Penggunaan patograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapat asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Eka, 2014).

2.3.8 Tanda Tanda Inpartu

Tanda-tanda Inpartu menurut Mochtar (2011) dapat diketahui dengan:

- 2.3.8.1 Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2.3.8.2 Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks. Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
- 2.3.8.3 Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

2.3.9 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Mochtar (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan adalah sebagai berikut:

- 2.3.9.1 Kekuatan mendorong janin keluar (power)
 - a. His (kontraksi uterus),

- b. Kontraksi otot-otot dinding perut,
- c. Kontraksi diafragma, dan
- d. Ligamentous action, terutama lig. rotundum

2.3.9.2 Factor janin

2.3.9.3 Factor jalan lahir

2.3.10 Tahapan Persalinan Menurut (Puspita, 2014).

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala :

2.3.10.1 Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus di mulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lender yang bersemu darah (bloody show).

Proses membukanya serviks sebagai akibat his di bagi menjadi 2 fase:

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.

b. Fase aktif dibagi menjadi 3 :

1) Fase akselerasi lamanya 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Lama kala I untuk primigravida dan multigravida berbeda berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida berlangsung 8 jam. Pada hitungan friedman, pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. fase-fase tersebut diatas di jumpai pada primigravida, pada multigravida terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek, mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri intunum sudah sedikit terbuka.

2.3.10.2 Kala II

Kala pengeluaran, kala atau fase yang di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka

lengkap janin akan segera keluar. His 2-3 x/menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa, karena biasanya dalam

hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektorik menimbulkan rasa mencedas. Juga dirasakan tekanan pada rectum an hendak buang air besar. Kemudian perenium menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia membuka dan tidak lama membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his.

2.3.10.3 Kala III

Kala uri (kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban). Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uterus agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya, biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri, pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda – tanda :

- a. Uterus menjadi bundar.
- b. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi perdarahan.

2.3.10.4 Kala IV

Kala IV di maksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah :

- a. Memeriksa tingkat kesadaran penderita.
- b. Pemeriksaan TTV : tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.

d. Terjadi perdarahan / jumlah perdarahan.

2.3.11 Asuhan persalinan normal 60 langkah

Menurut Puspita (2014) Asuhan persalinan normal 60 langkah:

Table 2.3 Asuhan persalinan normal 60 langkah

No	Langkah-langkah asuhan persalinan normal
1.	Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
2.	Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih
5.	Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
6.	Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)
7.	Membersihkan vulva dan perineum, mnyekanya deengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dkontaminasi)
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%

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

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

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

	tempat khusus
41.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif
42.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina
43.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering
44.	Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1cm dari pusat
45.	Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama
46.	Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya, memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering
48.	Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
49.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan prdarahan pervaginam
50.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
51.	Mengevaluasi kehilangan darah
52.	Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
53.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
54.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang ssuai
55.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu

	memakai pakaian yang bersih dan kering
56.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
57.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih
58.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
60.	Melengkapi partograf

2.3.12 Langkah-langkah penjahitan laserasi pada perineum

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

Cuci tangan dan gunakan sarung tangan steril

2.3.12.1 Pastikan bahwa peralatan dan bahan-bahan yang digunakan steril.

2.3.12.2 Setelah memberikan anestesi local dan memastikan bahwa daerah tersebut telah di anestesi, telusuri dengan hati-hati dengan menggunakan satu jari untuk secara luas menentukan batas-batas luka. Nilai ke dalaman luka dan lapisan jaringan yang terluka. Dekatkan tepi laserasi untuk menentukan bagaimana cara menjahitnya menjadi satu dengan mudah.

2.3.12.3 Buat jahitan pertama kurang lebih 1cm di atas ujung laserasi dibagian dalam vagina. Setelah membuat tusukan pertama, buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dari ikatan.

2.3.12.4 Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit kearah bawah kearah cincin hymen.

2.3.12.5 Tepat sebelum cincin hymen, masukkan jarum ke dalam mukosa vagina lalu ke bawah cincin hymn sampai jarum berada di bawah laserasi. Periksa bagian antara jarum di perineum dan bagian atas laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum ke atas puncak luka.

- 2.3.12.6 Teruskan ke arah bawah, tetapi tetap pada luka, hingga jelujur mencapai bagian bawah laserasi. Pastikan bahwa jarak antara jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Jika laserasi meluas ke dalam otot, mungkin perlu melakukan satu atau dua lapisan putus-putus untuk menghentikan perdarahan dan atau mendekatkan jaringan tubuh secara efektif.
- 2.3.12.7 Setelah mencapai ujung laserasi, arahkan jarum ke atas dan teruskan penjahitan dengan menggunakan jahitan jelujur untuk menutup jaringan subkutikuler. Jahitan ini akan menjadi jahitan lapis kedua. Periksa lubang bekas jarum tetap terbuka berukuran 0,5 cm atau kurang. Luka ini akan menutup dengan sendirinya saat penyembuhan luka.
- 2.3.12.8 Tusukkan jarum dari robekkan perineum ke dalam vagina. Jarum harus keluar dari belakang cincin hymen.
- 2.3.12.9 Ikat benang dengan membuat simpul di dalam vagina. Potong ujung benang dan sisakan sekitar 1,5 cm.
- 2.3.12.10 Ulangi pemeriksaan dalam vagina dengan lembut untuk memastikan tidak ada kasa atau peralatan yang tertinggal di dalam.
- 2.3.12.11 Dengan lembut, masukkan jari paling kecil ke dalam anus. Raba apakah ada jahitan pada rectum. Jika ada jahitan yang teraba, ulangi pemeriksaan rectum enam minggu pasca persalinan. Jika penyembuhan belum sempurna, ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.
- 2.3.12.12 Cuci daerah genitalia secara lembut dengan sabun dan air disinfeksi tingkat tinggi, kemudian keringkan. Bantu ibu mencari posisi yang nyaman.
- 2.3.12.13 Nasehati ibu untuk menjaga perineumnya selalu bersih dan kering, menghindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum, mencuci perineum dengan sabun dan air mengalir tiga sampai empat kali per hari, kembali dalam seminggu untuk memeriksakan penyembuhan lukanya.

2.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram dan bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran sampai usia 4 minggu/28 hari (Depkes RI dkk, 2012).

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Saiffudin (2009), ciri-ciri bayi baru lahir normal sebagai berikut:

- 2.4.2.1 Berat Badan 2500-4000 gram
- 2.4.2.2 Panjang Badan 48-52 cm
- 2.4.2.3 Lingkar Dada 30-38 cm
- 2.4.2.4 Lingkar Kepala 33-35 cm
- 2.4.2.5 Frekuensi Jantung 120-160 x/menit
- 2.4.2.6 Pernafasan 40-60 x/menit, kulit kemerahan-merah dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 2.4.2.7 Rambut lenugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 2.4.2.8 Kuku agak panjang dan lemas.
- 2.4.2.9 Genitalia
- 2.4.2.10 Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora.
- 2.4.2.11 Laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 2.4.2.12 Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.2.13 Reflek morrow atau gerakan memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 2.4.2.14 Reflek menggenggam sudah baik.
- 2.4.2.14 Eleminasi baik mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

2.4.3 Pemeriksaan Fisik Bayi

Menurut Kemenkes, RI (2010), pemeriksaan fisik pada bayi, yaitu:

- 2.4.3.1 Melihat postur, tonus, dan aktivitas dalam keadaan normalnya posisi tungkai dan lengan fleksi, dan bayi sehat akan bergerak aktif.

- 2.4.3.2 Melihat kulit dalam keadaan normalnya wajah, bibir, dan selaput lendir, dada harus bewarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
- 2.4.3.3 Melihat hidung yaitu pernafasannya dan lihat tarikan dinding pada bawah ketika bayi sedang tidak menangis, dalam keadaan normalnya frekuensi nafas normal 40-60 kali per menit, dan tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam.
- 2.4.3.4 Menghitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis, dalam keadaan normalnya frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.
- 2.4.3.5 Melakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer, suhu normal 36,5°C-37,5°C.
- 2.4.3.6 Melihat dan meraba bagian kepala dalam keadaan normalnya bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam dan ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.
- 2.4.3.7 Melihat mata untuk mengetahui adanya tidaknya kotoran atau *secret*.
- 2.4.3.8 Melihat bagian dalam mulut yaitu dengan cara masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit, bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah, dan menilai kekuatan isap bayi. Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa.
- 2.4.3.9 Melihat dan raba perut dalam keadaan normalnya perut bayi datar dan teraba lemas.
- 2.4.3.10 Melihat tali pusat untuk memastikan tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat.
- 2.4.3.11 Melihat punggung dan raba tulang belakang dalam keadaan normalnya kulit teraba utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.
- 2.4.3.12 Memeriksa ekstremitas atas dan bawah berguna untuk adanya atau tidak terdapat seidaktil, polidaktili, siemenline dan kelainan kaki (*pesquino varus dan vagus*).

- 2.4.3.13 Melihat lubang anus untuk menghindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus, menanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar, melihat lubang anus untuk memeriksa apakah mekonium sudah keluar dan biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir.
- 2.4.3.14 Melihat dan meraba alat kelamin dengan cara menanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil. Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina bewarna putih atau kemerahan. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis, terapa testis di skroktum, memastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir, dan yakinkan tidak ada kelainan alat kelamin, misalnya hipospadia, rudimenter, kelamin ganda.
- 2.4.3.15 Menimbang bayi dengan menggunakan selimut,
- 2.4.3.16 Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi, panjang lahir normal 48-52 cm, serta lingkar kepala normal 33-37 cm.
- 2.4.4 Refleks Fisiologis Bayi
- Menurut Hidayat (2009) refleks fisiologis pada bayi, antara lain:
- 2.4.4.1 Reflek *moro*
- Lakukan rangsangan dengan suara keras yaitu pemeriksaan bertepuk tangan akan memberikan respin memeluk.
- 2.4.4.2 Refleks *rooting*
- Usap pipi bayi dengan lembut, maka bayi merespon dengan menolehkan kepalanya ke arah jari dan membuka mulutnya.
- 2.4.4.3 Refleks *sucking*
- Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat.
- 2.4.4.4 Refleks *grasping*
- Letakkan jari telunjuk ditelapak tangan bayi, maka bayi akan menggenggam dengan kuat.
- 2.4.4.5 Refleks *tonic neck*
- Apabila bayi ditengkurapkan, maka kepala bayi akan ekstensi (menengadah ke atas) dan ekstremitas akan fleksi.

2.4.4.6 Refleksi *babynsky*

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki, bayi akan menunjukkan respon semua jari kaki ekstensi dengan ibu jari fleksi.

2.4.4.7 Refleksi *walking*

Bayi menggerakkan tungkainya dalam satu gerakkan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

2.4.3 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

2.4.5.1 Penilaian awal bayi baru lahir

Segera setelah bayi lahir, letakan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu, setelah dilakukan penilaian awal dengan menjawab pertanyaan :

- a. Apakah bayi cukup bulan ?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur meconium ?
- c. Apakah bayi menangis atau bernafas ?
- d. Apakah tonus otot bayi baik ?

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur meconium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.

Keadaan umum bayi di nilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita afiksia atau tidak. Yang dinilai ada 5 poin :

- a. Warna kulit (APP earance)
- b. Frekuensi nadi (Pulse rate)
- c. Grimace (Reaksi rangsangan)
- d. Tonus otot (Activity)
- e. Pernafasan (Respiratori)

Setiap penilaian dinilai dari 0,1 dan 2. Bila dalam dua menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut. Oleh kerana bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit kemungkinan terjadinya gejala gejala neurologik lanjutan di kemudian hari lebih besar,

berhubungan dengan itu penilai APGAR selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit

Table 2.4 Apgar Skor

TANDA	SKOR		
	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse rate	Tidak ada	< 100 X / Menit	>100 X / Menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimiki/menyeringai	Batuk/Bersin
Activity	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiratory	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menanangis

Sumber : (Prawirohardjo, 2009)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

- a. Nilai Apgar 7 – 10 : Bayi Normal
- b. Nilai Apgar 4 – 6 : Asfiksia sedang ringan
- c. Nilai Apgar 0 – 3 : Asfiksia berat

2.4.5.2 Penilaian Bayi Untuk Tanda-tanda Kegawatan

Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda tanda kegawatan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda tanda berikut :

- a. Sulit minum
- b. Sianosi sentral (lidah biru)
- c. Perut kembung
- d. Periode apneu
- e. Kejang/periode kejang kejang kecil
- f. Merintih
- g. Perdarahan
- h. Sangat kuning
- i. Berat badan lahir ,1500 Gram

2.4.5.3 Pencegahan Infeksi

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

- a. Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT, jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Pastikan semua pakain, handuk, selimut, serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih.
- e. Pastikan timbangan, pipa pengukur, termometer, stetoskop, dan benda-benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi setelah digunakan).

2.4.5.4 Pencegahan Kehilangan Panas

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

- a. Evaporasi adalah cara kehilangan panas yang utama pada tubuh bayi terjadi karena menguapkan air ketuban yang tidak cepat dikeringkan, atau terjadi setelah bayi dimandikan.
- b. Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- c. Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara di sekitar yang lebih dingin.
- d. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi (Dewi. 2011).

Cara mencegah kehilangan panas:

- a. Kerungkan bayi secara seksama
- b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat.
- c. Tutup bagian kepala bayi.

- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
- f. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat (Sari 2014).

2.4.5.6 Inisiasi Menyusu Dini

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

Posisi untuk menyusui:

- a. Ibu memeluk kepala dan tubuh bayi secara lurus agar muka bayi menghadapi ke payudara ibu dengan hidung di depan puting susu ibu.
 - b. Perut bayi menghadap ke perut ibu dan ibu harus menopang seluruh tubuh bayi tidak hanya leher dan bahunya.
 - c. Dekatkan bayi ke payudara jika ia tampak siap untuk menghisap puting susu.
 - d. Membantu bayinya untuk menempelkan mulut bayi pada puting susu di payudaranya.
 - 1) Daggu menyentuh payudara ibu.
 - 2) Mulut terbuka lebar.
 - 3) Mulut bayi menutupi sampai ke aerola.
 - 4) Bibir bayi bagian bawah melengkung keluar.
 - e. ASI Eksklusif
 - 1) Bayi menghisap dengan perlahan dan dalam, serta kadang-kadang berhenti (Saifudin, A. B. 2009).
- ASI eksklusif merupakan makanan pertama, utama, dan terbaik, bagi bayi, bersifat ilmiah. ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI selama 6 bulan tanpa makanan tambahan cairan lain seperti susu formula, madu, air teh, dan air putih, serta tambahan makanan padat, seperti pisang, bubur dll (prasetyono,2009).

2.4.5.7 Pencegahan Infeksi pada Mata

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

a. Memberikan obat tetes mata atau salep

Diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu: eritromysin 0,5% atau tetrasiklin 1%. Yang bisa dipakai adalah larutan perak nitrat atau Neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

b. Pemberian imunisasi awal

Pelaksanaan penimbangan, penyuntikkan vitamin K1, salep mata dan imunisasi Hepatitis B (HB0) harus dilakukan. Pemberian layanan kesehatan tersebut dilaksanakan pada periode setelah IMD sampai 2-3 jam setelah lahir, dan akan dilaksanakan di kamar bersalin oleh dokter, bidan atau perawat.

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

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

Menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) (2008), imunisasi hepatitis B bermanfaat untu mecegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi berumur 2 jam. Selanjutnya hepatitis B dan *difteri pertusis tetanus* (DPT) diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Dianjurkan *bacillus calmette guerin* (BCG) dan *oral polio vaccine* (OPV) diberikan pada saat bayi berumur 24 jam (pada saat bayi pulang dari klinik) atau usia 1 bulan kunjungan neonatus (KN). Selanjutnya, *oral polio vaccine* (OPV) diberikan sebanyak 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk kembali pada jadwal imunisasi berikutnya.

2.4.5.8 Tanda Bahaya pada Bayi

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

- a. Pernafasan sulit atau >60 kali per menit.
- b. Kehangatan terlalu npanas atau ($>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$).
- c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama). Biru atau pucat, memar.
- d. Pemberian makan, hisapah lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- e. Infeksi suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan, nanah, bau busuk, pernafasan kulit.
- f. Tinja atau kemih tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- g. Aktivitas menggigil, atau tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang, halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

2.4.5.9 Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat menurut JNPK-KR Depkes dan Kemenkes RI sebagai berikut:

- a. Jangan membungkus puting tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun ke puting tali pusat.
- b. Lipat pokok di bawah putung tali pusat
- c. Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air bersih dan sabun segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.

2.4.6 Standar Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.6.1 Standar Kunjungan Neonatus

Menurut KemenKes RI (2010), adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

Tabel 2.5 Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
1	6-48 jam setelah bayi lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5 Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup 2. Pemeriksaan fisik bayi 3. Dilakukan pemeriksaan fisik 4. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan 6. Telinga : Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala 7. Mata : Tanda-tanda infeksi 8. Hidung dan mulut : Bibir dan langit-langit Periksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu 9. Leher : Pembekakan, Gumpalan 10. Dada : Bentuk, Puting, Bunyi nafas,, Bunyi jantung 11. Bahu lengan dan tangan Gerakan Normal, Jumlah Jari 12. Sistem syaraf : Adanya reflek moro 13. Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan 14. Kelamin laki-laki : Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang 15. Kelamin perempuan : Vagina berlubang, Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor 16. Tungkai dan kaki : Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari 17. Punggung dan Anus: Pembekakan atau

		<p>cekungan, Ada anus atau lubang</p> <p>18. Kulit : Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir</p> <p>19. Konseling : Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya</p> <p>20. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu : Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi –bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan,Warna kulit abnormal – kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan</p> <p>21. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat ,Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar</p> <p>22. Gunakan tempat yang hangat dan bersih</p> <p>23. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan</p> <p>24. Memberikan Imunisasi HB-0</p>
2	Kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.	<p>1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering</p> <p>2. Menjaga kebersihan bayi</p> <p>3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah</p>

		<p>pemberian ASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
3	hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

(KemenKes, RI. 2010)

2.4.6.2 Standar Pelayanan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Menurut Soepardan (2008), standar pelayanan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

a. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

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

b. Standar 24: Asfiksia Neonatorum

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

2.4.7 Asfiksia neonatorum

2.4.7.1 Pengertian Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan BBL tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Sering sekali bayi yang mengalami gawat janin sebelum persalinan akan mengalami asfiksia sesudah persalinan. Masalah ini mungkin berkaitan dengan kondisi ibu, masalah pada tali pusat dan plasenta atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan.

2.4.7.2 Perubahan Yang Terjadi Pada Saat Asfiksia

Pernapasan adalah tanda vital pertama yang berhenti ketika BBL kekurangan oksigen. Pada priode awal bayi akan mengalami napas cepat (rapid breathing) yang di sebut dengan Grasping primer. Setelah priode awal akan ini akan diikuti dengan keadaan bayi tidak bernapas (apnu) yang disebut apnu primer. Pada saat ini frekuensi jantung mulai menurun, namun tekanan darah masih tetap bertahan.

2.4.7.3 Penyebab/ faktor yang mempengaruhi asfiksia

Asfiksia pada BBL dapat disebabkan oleh faktor ibu, faktor bayi dan faktor tali pusat

a. Faktor ibu keadaan ibu yang mengakibatkan aliran darah ibu melalui plasenta berkurang, sehingga aliran oksigen ke janin berkurang yang mengakibatkan gawat janin dan akan sebagai asfiksia BBL, antara lain:

- 1) Preeklamsia dan Eklamsia
- 2) Perdarahan antepartum abdominal (plasenta previa atau solusio plasenta)
- 3) Partus berlanjut lama atau partus macet
- 4) Demam sebelum dan selama persalinan
- 5) Infeksi berat (malaria, siphilis, TBC, HIV)
- 6) Kehamilan lebih bulan (> 42 minggu kehamilan)

b. Faktor bayi

Keadaan bayi yang dapat mengalami asfiksia walaupun kadang-kadang tanpa mendahului tanda gawat janin:

- 1) Bayi kurang bulan/prematur (kurang dari 37 minggu kehamilan).
- 2) Air ketuban bercampur mekonium.
- 3) Kelainan kongenital yang memberi dampak pada pernapasan bayi.

c. Faktor plasenta dan tali pusat

Keadaan plasenta atau tali pusat yang dapat mengakibatkan asfiksia BBL akibat penurunan aliran darah dan oksigen melalui tali pusat:

- 1) Infark plasenta
- 2) Hematoma plasenta
- 3) Lilitan tali pusat
- 4) Tali pusat sobek
- 5) Simpul tali pusat

2.4.7.4 Pembagian Serta Tanda Gejala

Menurut Dewi (2010), pembagian serta tanda gejala asfiksia neonatorum adalah sebagai berikut :

a. Asfiksia Berat (nilai apgar 0 – 3)

Pada kasus asfiksia berat, bayi akan mengalami asidosis, sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif segera. Tanda gejala yang muncul adalah :

- 1) Frekuensi jantung kecil < 40x/menit
- 2) Tidak ada usaha nafas
- 3) Tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada

- 4) Bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan
- 5) Bayi tampak pucat bahkan sampai warna kelabu
- 6) Terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan.

Penanganan pada asfiksia berat :

- 1) Bersihkan jalan nafas sambil pompa dengan sungkup
- 2) Berikan oksigen 4/5 liter permenit
- 3) Bila tidak berhasil endotrakete tube (ETT)
- 4) Bersihkan jalan nafas melalui ETT
- 5) Apabila bayi sudah mulai bernafas tetapi masih sianosis, berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6ml. dekstrosa 40% sebanyak 6ml.

b. Asfiksia Sedang (nilai apgar 4 – 6)

- 1) Frekuensi jantung menurun jadi 60 – 80 kali permenit
- 2) Usaha nafas lambat
- 3) Tonus otot biasanya dalam keadaan baik
- 4) Bayi tampak sianosis
- 5) Bayi masih bisa bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan

Penanganan pada asfiksia sedang :

- 1) Bersihkan jalan nafas
- 2) Berikan oksigen 2 liter/ menit
- 3) Rangsang pernafasan dengan menepuk telapak kaki apabila belum bereaksi, bantu dengan masker sungkup
- 4) Bila bayi sudah mulai bernafas tetapi masih sianosis, berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6ml. dekstrosa 40% sebanyak 6ml disuntikan melalui vena umbilikalis secara perlahan-lahan untuk mencegah tekanan intracranial meningkat (Dewi Maryanti dkk : 2011).

c. Asfiksia ringan (nilai apgar 7 – 10)

- 1) Takipnea dengan nafas lebih dari 60 kali permenit
- 2) Bayi tampak sianosis dan merintih
- 3) Adanya retraksi sela iga
- 4) Aktivasinya kurang

- 5) Ada pernafasan cuping hidung
- 6) Dari pemeriksaan auskultasi diperoleh hasil rabs dan wheezing positif.

Penanganan asfiksia ringan

- 1) Bayi dibungkus dengan kain hangat
- 2) Bersihkan jalan nafas dengan penghisap lender pada hidung kemudian mulut
- 3) Bersihkan badan dan tali pusat
- 4) Lakukan observasi tanda vital dan apgar score serta masukan ke dalam incubator (Dewi dkk 2010).

2.4.7.5 Penatalaksanaan

Menurut Maryunani (2010). Penatalaksanaan asfiksia neonatorum adalah resusitasi neonatus. Semua bayi dengan depresi pernafasan harus mendapat resusitasi yang adekuat. Bila bayi kemudian terdiagnosa sebagai asfiksia neonatorum dipastikan sendiri kemudian, namun pada intinya penatalaksanaan terhadap asfiksia neonatorum adalah berupa

- a. Bersihkan jalan nafas : kepala bayi diletakan lebih rendah agar lender lebih mudah mengalir, bila perlu gunakan laringiskop untuk membantu penghisapan lender dari saluran nafas yang lebih dalam
- b. Rangsang reflex pernafasan : dilakukan setelah 20 detik bayi tidak memperlihatkan berbafas dengan cara memukul kedua telapak kaki menekan tanda Achilles.
- c. Mempertahankan suhu tubuh.
- d. Asfiksia Berat: Berikan O₂ dengan tekanan positif dan intermitten melalui pipa endotrakeal dapat dilakukan dengan tiupan udara yang telah diperkaya dengan O₂. Bila ernaafasan spontan tidak timbul, lakukan massage jantung dengan ibu jari yang menekan pertengahan sternum 80-100 kali permenit.
- e. Asfiksia Sedang/RinganPasang: relkiet pernafasan (hisap lender, rangsang nyeri) selama 30-60 detik. Bila gagal, lakukan pernafasan kodok (frog breathing) 1-2 menit yaitu : kepala bayi ekstensi maksimal beri O₂ 1-2 liter melalui kater dalam.

f. Langkah – langkah Resusitasi

1) Pemeriksaan

Apakah bayi mengalami depresi pernafasan sehingga memerlukan tindakan resusitasi seperti :

- a) Apakah bayi lahir kurang bulan ?
- b) Apakah bayi tidak menangis atau tidak bernafas ?
- c) Apakah tonus otot buruk ?
- d) Apakah ada meconium dalam cairan ketuban ?

Bila bayi tidak mengalami hal di atas maka lakukan perawatan bayi seperti biasa.

2) Langkah awal

- a) Berikan kehangatan untuk mencegah kehilangan panas dengan menempatkan bayi dibawah alat pemancar (infant warmer).
- b) Posisikan bayi dengan sedikit menengadahkan kepala untuk membuka jalan napas.
- c) Keringkan bayi, rangsang pernafasan dan letakan pada posisi yang benar.

3) Penilaian

Langkah ini adalah menilai bayi untuk menentukan perlu tidaknya resusitasi lanjutan, yang dinilai adalah :

- a) Pernafasan, yaitu dengan melihat gerakan dada yang adekuat. Pernafasan yang memerlukan intervensi adalah pernafasan yang megap-megap seperti apnu. Bila pernafasan bayi normal nilai gejala berikut, bila tidak normal mulai berikan Ventilasi Tekanan Positif (VTP).
- b) Frekuensi denyut jantung, yaitu dengan menghitung frekuensi denyut jantung dengan menggunakan stetoskop. Frekuensi jantung seharusnya diatas 100x/menit bila kurang dari 100x/menit, nilai gejala berikutnya. Bila kurang dari 100x/menit mulailah pemberian VTP.
- c) Warna kulit, yaitu dengan menilai warna kulit bayi dengan melihat bagian sentral tubuh. Warna kulit bayi seharusnya

kemerahan pada bibir dan seluruh tubuh. Sianosis yang disebabkan oleh kekurangan oksigen dalam darah terlihat pada warna kebiruan pada bibir, lidah dan tubuh bagian tangan. Perhatikan dan nilai warna kulit bayi. Bila terdapat sianosis sentral berikan O₂.

4) Pemberian O₂

Bila pernafasan dan frekuensi denyut jantung bayi tidak adekuat maka perlu diberikan O₂, dengan cara sbb :

- a) Bayi dengan sianosis sentral diberikan O₂ konsentrasi tinggi.
- b) Hentikan pemberian O₂ secara bertahap, bila kulit bayi berwarna kemerahan dan tidak terdapat sianosis sentral lagi.
- c) Pemberian O₂ dapat diberikan dengan menggunakan sungkup oksigen, balon, selang oksigen dengan sumbernya oksigen dinding atau tabung oksigen.

5) Pemberian Ventilasi Tekanan Positif (VTP)

VTP merupakan langkah yang paling penting dan efektif dalam resusitasi jantung paru pada bbl yang membutuhkan VTP diberikan pada bayi yang tidak bernafas atau frekuensi jantungnya kurang dari 100x/menit tetapi masih mengalami sianosis sentral meskipun telah diberikan tambahan oksigen. Kontraindikasi VTP adalah bayi dengan kelainan konginetal hernia diafragmatika. Jenis balon resusitasi untuk ventilasi, terdapat 3 macam yaitu : Balon yang mengembang sendiri (self inflating beg), Balon yang tidak mengembang sendiri (flow inflating bag/ balon anastesi), T-piece resuscitator, yang bekerja bila dialiri gas dari sumber bertekanan tinggi

6) Langkah – langkah dalam pemberian VTP

- a) Persiapan alat , dimana alat VTP dihubungkan dengan sumber O₂ , siapkan balon resusitasi dengan sungkup yang semuanya berfungsi dengan baik
- b) Pastikan jalan nafas bersih
- c) Posisikan kepala bay
- d) Posisikan penolong di samping atau dikepala bayi

- e) Posisikan sungkup pada wajah bayi, sehingga menutupi hidung, mulut dan ujung dagu depan
- f) Mulai lakukan ventilasi, dengan meremas balon secukupnya untuk melihat pengembangan dada bayi
- g) Nilai keadaan bayi setelah 30 detik. Penilaian meliputi apakah terdapat pernafasan spontan, peningkatan frekuensi jantung, perbaikan warna kulit dan tonus otot

7) Kompresi Dada

Merupakan tindakan yang terdiri dari penekanan yang teratur pada tulang dada, yaitu dengan menekan jantung kearah tulang belakang, ,meningkatkan tekanan intratorakal dan memperbaiki sirkulasi darah keseluruh organ vital tubuh. Indikasi kompresi dada adalah bila frekuensi jantung kurang dari 60x/menit dan setelah dilakukan VTP 30 detik. Perlu 2 orang tenaga 1 orang untuk mrlakukan kompresi dada, 1 orang lagi untuk melanjutkan ventilasi dan memantau frekuensi jantung serta suara nafas.

Kompresi dada dapat dilakukan dengan :

- a) Teknik ibu jari, yaitu kedua ibu jari digunakan untuk menekan tulang dada dan kedua tangan melingkari dada jari-jari tangan menyokong dada
- b) Teknik dua jari, yaitu menggunakan ujung jari tengah dan jari telunjuk atau jari manis dari salah satu tangan untuk menekan tulang dada dan tangan kiri untuk menopang bagian belakang bayi (bayi tidak boleh diletakkan pada permukaan datar)
- c) Pengehentian kompresi : kompresi dan ventilasi dihentikan setelah 30 detik untuk mengevaluasi kembali frekuensi jantung :
 - (1) Frekuensi jntung $>60x/menit$, kompresit idak dilakukan lagi tetapi ventilasi masih dilakukan dengan kecepatan 40-60x/menit.
 - (2) Frekuensi jantung $>100x/menit$ & nafas spontan, VTP dihentikan perlahan-lahan

- d) Intubasi indotrakeal, biasanya dilakukan seperti pada bayi yang mengalami depresi pernafasan, tonus otot, frekuensi jantung : atau bila terdapat meconium pda saat resusitasi
- e) Pemberian obat-obatan, terdapat beberapa obat untuk resusitasi seperti:
 - (1) Stimulasi jantung : epinefrin
 - (2) Meningkatkan perfusi jantung : volume expandor
 - (3) Memperbaiki keseimbangan asam basa :natrium bikarbonat.

2.5 Konsep Dasar Asuhan Masa Nifas

2.5.1 Pengertian masa nifas

Masa nifas atau *puerperium* berasal dari kata latin yaitu dari kata “*puer*” yang artinya bayi dan “*parous*” adalah yang berarti melahirkan. Definisi masa nifas adalah masa dimana tubuh melakukan adaptasi pascabersalinan, meliputi perubahan kondisi tubu ibu hamil kembali ke kondisi sebelum hamil. Masa ini di mulai setelah plasenta lahir, dan sebagai penanda berakhirnya masa nifas adalah ketika alat-alat kandungan sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil lamanya 6 minggu atau 42 hari.

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Mochtar, R, 2012).

2.5.2 Pengertian asuhan masa nifas

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

2.5.3 Tujuan asuhan masa nifas

Menurut Asih & Risneni (2016) tujuan asuhan masa nifas meliputi:

2.5.3.1 Memulihkan kesehatan pasien.

2.5.3.2 Mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

- 2.5.3.3 Mencegah infeksi dan komplikasi.
- 2.5.3.4 Memperlancar pembentukan dan pemberian ASI.
- 2.5.3.5 Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.
- 2.5.3.6 Memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman serta kepentingan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui KIE.
- 2.5.3.7 Memberikan pelayanan keluarga berencana.

2.5.4 Tahapan masa nifas

Menurut Rukiyah (2011) tahapan masa nifas meliputi:

2.5.4.1 *Puerperium dini*

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya sekitar 0-24 jam.

2.5.4.2 *Puerperium intermediate*

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 1-7 hari *postpartum*.

2.5.4.3 *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi, waktunya sekitar 1-6 minggu.

2.5.5 Perubahan fisiologis masa nifas

Menurut Rukiyah (2011) perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas meliputi:

2.5.5.1 Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

Dalam masa nifas uterus akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Uterus harus teraba berkontraksi dengan baik. Uterus menyerupai suatu buah *advokat* gepeng berukuran panjang ± 15 cm, lebar ± 12 cm dan tebal ± 10 cm, *korpus uteri*, sekarang sebagian besar terdiri dari miometrium yang dibungkus oleh *serosa* dan dilapisi oleh *desidua*.

b. Lochea Menurut Astuti dkk (2015)

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini adalah beberapa jenis lochea pada wanita masa nifas:

1) Lochea rubra atau merah

Keluar pada hari ke-1 sampai hari ke 4 masa post partum.cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah yang segar, jaringan sia-sia plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, (rambut bayi), dan mekonium. Jika lochia tidak berubah, hal ini menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta.

2) Lochea sanguilenta

Berwarna merah kecoklatan dan juga berlendir.lochia ini berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) Lochea serosa

Lochea berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning, cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lochea alba

Lochea yang terakhir yang muncul sejak 2-6 minggu berwarna putih kekuningan mengandung leukosit selaput lendir.

5) Lochea purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

6) Lochiostatis

Lochea yang tidak lancar keluaranya.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta, pada hari pertama tebal endometrium 2.5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin, setelah tiga hari muli rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta.

d. Serviks

Segera setelah berakhirnya kala IV serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai, serviks tersebut melepuh dan lecet terutama dibagian anterior.

e. Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan mengalami penekanan serta peregangan saat proses kelahiran bayi, kedua organ ini berada dalam keadaan kendur. Vagina dan pintu atas vagina pada bagian pertama masa nifas membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan-lahan menjadi mengecil tetapi jarang kembali ke ukuran nulipara.

2.5.5.2 Perubahan sistem *musculoskeletal*

Legamen fasial dan *diafragma pelvis* yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, segera berangsur-ngsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang *uterus* jatuh kebelakang dan menjadi *retrofleksi* karena *ligamen rotudum* menjadi kendur.

2.5.5.3 Perubahan sistem *kardiovaskular*

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui SC kehilangan darah dapat menjadi dua kali lipat, perubahan terdiri dari volume darah dan *hemokontraksi*. Apabila persalinan pervaginam hemokontraksi akan naik dan apabila SC *hemokontraksi* cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

2.5.6 Program dan kebijakan teknis masa nifas

Waktu kunjungan pada masa nifas KF 1- KF3 Anjurankan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali

Tabel. 2.6 Kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu dapat istirahat cukup 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyakit 5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan Menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
2	4- 28 hari setelah persalinan	Sama seperti diatas (6-8 jam setelah persalinan).
4	29-42 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam hamil, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi. 3. Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik: Perdarahan pervaginam, lochea, kondisi premenium, tanda infeksi, kontaksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, lelah dan nyeri punggung.

2.5.7 Kebutuhan dasar masa nifas

Kebutuhan dasar masa nifas menurut Saleha (2009) adalah:

2.5.7.1 Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi air susu yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi.

2.5.7.2 Ambulasi

Ambulasi ini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan.

2.5.7.3 Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK). Setelah ibu melahirkan akan disebut normal bila BAK spontan tiap 3-4 jam.

Buang Air Besar (BAB).*Defekasi* harus ada dalam 3 hari postpartum. Pengeluaran cairan lebih banyak pada waktu persalinan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya *konstipasi*.

2.5.7.4 Kebersihan diri dan perineum

Mandi dan menjaga kebersihan perineum harus diperhatikan untuk menjaga kenyamanan serta menghindari infeksi dari berkembangbiaknya bakteri.

2.5.7.5 Istirahat

Umumnya wanita sangat lelah setelah melahirkan, oleh karena itu ibu sangat dianjurkan untuk beristirahat yang cukup.

2.5.7.6 Seksual

Dinding *vagina* kembali pada keadaan sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

2.5.7.7 Keluarga Berencana (KB)

Kontrasepsi berasal dari kata *kontra* berarti mencegah atau melawan *konsepsi* yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi yang cocok pada ibu nifas antara lain Metode Amenorha Laktasi (MAL), pil progestin, suntikan progestin, kontrasepsi implan, dan alat kontrasepsi dalam rahim.

2.5.7.8 Latihan/senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu-ibu setelah melahirkan setelah keadaan tubuhnya pulih kembali. Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul, dan otot perut.

2.5.8 Standar pelayanan nifas

Menurut pengurus pusat terdapat tiga standar dalam standar pelayanan nifas antara lain:

2.5.8.1 Standar 13 : perawatan bayi baru lahir

Pernyataan standar:

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

2.5.8.2 Standar 14 : penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Pernyataan standar:

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Di samping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

2.5.8.3 Standar 15 : pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Pernyataan standar:

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.6 Asuhan Akseptor Keluarga Berencana (KB)

2.6.1 Pengertian Asuhan Keluarga Berencana

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

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4 T: terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun) (Kemenkes RI, 2013). Keluarga berencana

(KB) merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Kemenkes RI, 2013).

2.6.2 Tujuan Program KB

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. (Sulistyawati, 2012) Tujuan lain meliputi kelahiran, pendewasaan, perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejahteraan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David Smith yang mengatakan bahwa pembangunan bukan sekadar perkara pemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatu yang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masa sekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untuk merencanakan, dan percaya bahwa manusia dapat mengubah alam, bukan sebaliknya (Sulistyawati, 2012).

2.6.3 Pengelompokan Metode Kontrasepsi

2.6.3.1 Kontrasepsi alamiah: cara kontrasepsi yang tidak memakai alat, obat, atau tindakan operatif tetapi berdasarkan adanya masa subur dan tidak subur.

2.6.3.2 Kontrasepsi buatan: cara kontrasepsi dengan memakai alat, obat, atau tindakan operatif. (Saifuddin, 2010).

2.6.4 Syarat Kontrasepsi di Masa Menyusui Efektif

2.6.4.1 Tidak berpengaruh terhadap Kualitas dan produksi ASI

2.6.4.2 Tidak berpengaruh terhadap Pertumbuhan bayi

2.6.4.3 Efek samping minimal

2.6.4.4 Kesuburan dapat kembali cepat, bila pemakaian kontrasepsi dihentikan (Hartanto, 2009).

2.6.5 Jenis Kontrasepsi yang aman bagi Ibu Menyusui

- 2.6.5.1 Metode Amenore Laktasi dan metode alami lainnya
- 2.6.5.2 Kontrasepsi Barrier (Kondom, Diaphragma, Spermisida).
- 2.6.5.3 Kontrasepsi Hormonal (hormon progestogen saja): (POP) *progestin only pil* (Mini Pil), Injeksi, Implan, LNG IUS (*levonorgstrel intra uterin system*).
- 2.6.5.4 IUD.
- 2.6.5.5 Kontrasepsi Mantap (sterilisasi) (Saifuddin, 2010).

2.6.6 Indikasi menggunakan Kontrasepsi

- 2.6.6.1 Semua perempuan.
- 2.6.6.2 Paritas berapapun.
- 2.6.6.3 Kurus atau gemuk.
- 2.6.6.4 Merokok.
- 2.6.6.5 Alasan ke.sehatan tertentu.
- 2.6.6.6 Alasan agama atau filosofi.
- 2.6.6.7 Tidak dapat menggunakan metode lain.
- 2.6.6.8 Ingin pantang sanggama tiap siklus.
- 2.6.6.9 Ingin mengobservasi, mencatat dan menilai (Handayani, 2010).

2.6.7 Metode kontrasepsi

Menurut Manuaba *et al.* (2010) metode kontrasepsi meliputi

2.6.7.1 Metode sederhana

- a. Tanpa alat atau tanpa obat, misalnya sanggama terputus dan pantang berkala.
- b. Dengan alat atau dengan obat, misalnya kondom, diafragma atau cup, cream, jelly/cairan berbusa, dan tablet berbusa (vagina tablet).

2.6.7.2 Metode efektif

- a. Susuk KB/implan (AKBK)

Implan adalah kontrasepsi bawah kulit.

- 1) Efek samping utama :

Berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea.

Aman dipakai pada masa laktasi

- 2) Cara kerja implan

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi

3) Keuntungan :

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (3 tahun untuk jadenal), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI (air susu ibu), klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi/memperbaiki anemia, melindungi terjadinya kanker endometrium, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan angka kejadian endometriosis (Lauren dan Meredith, 2012).

4) Kekurangan implan :

Nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pening/pusing kepala, perubahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*), klien tidak menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat *tuberculosis* atau obat *epilepsi*, terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 wanita pertahun) (Lucky dan Titik, 2015).

b. AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim)

AKDR adalah bahan inert sintetis (dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas) dengan berbagai bentuk yang dipasangkan dalam rahim untuk menghasilkan efek kontraseptif. Bentuk AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) yang beredar dipasaran adalah spiral (*lippes loop*), huruf T

1) Indikasi :

Hati-hati jika ingin dipergunakan pada klien dengan: riwayat infeksi panggul, risiko tinggi PMS (penyakit menular seksual) , riwayat tromboflebitis dalam, diabetes melitus yang tidak terkontrol (Endang dan Elisabeth, 2015).

2) Kontraindikasi :

Sedang hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui penyebab-nya, sedang menderita infeksi genetalia, kanker alat genetalia (Lauren dan Meredith, 2012).

3) Efek samping :

Amenorea, kejang, perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang, adanya penge-luaran cairan dari vagina.

4) Waktu penggunaan :

Setiap waktu dalam siklus haid yang dapat dipastikan pasien tidak hamil, hari pertama sampai hari ke-7 silus haid, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi, setelah abortus atau keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

5) Keuntungan :

Baik tembaga maupun hormonal memiliki keuntungan *nonkontraseptif*. Tekanan yang tercipta dari AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) tembaga dan AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) plastik tanpa obat kemungkinan memberi perlindungan terhadap kanker endometrium, AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) hormonal (Lauren dan Meredith, 2012).

c. Suntikan KB

KB (keluarga berencana) suntik adalah salah satu metode mencegah kehamilan yang saat ini banyak digunakan di negara-negara berkembang. KB suntik bekerja mengentalkan lendir rahim sehingga sulit untuk ditembus oleh sperma untuk pembuahan.

Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis menurut Mulyan (2014) yaitu :

- 1) KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150

mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).

2) KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi. Alat kontrasepsi ini mengandung kombinasi (hormon Estrogen).

3) Kelebihan :

Metode kontrasepsi hormonal efektif mencegah kehamilan hingga 99 %, memberikan kenyamanan kepada suami istri karena dengan satu kali suntikan tidak perlu memikirkan kontrasepsi selama 1 sampai 3 bulan, kehamilan bisa didapatkan kembali setelah meng-hentikan penggunaan KB suntik, kb suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI (air susu ibu)

4) Kekurangan

Siklus haid menjadi tidak teratur, terjadi penambahan berat badan, ibu mengalami jerawat, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan suansana hati, penggunaan KB 3 bulan memicu terjadinya osteoporosis (Mulyan, 2014).

5) Indikasi dan kontraindikasi

Dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin adalah Usia reproduksi, Multipara dan yang telah memiliki anak, Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi, Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, Setelah melahirkan, abortus, banyak anak. Perokok, tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah, Menggunakan obat Epilepsi, Tuberkulosis, Sering lupa bila menggunakan pil, Anemia defisiensi besi, Remaja (16 tahun) sampai wanita usia 40 tahunan dari nuligravida sampaigranda multipara (Lucky dan Titik, 2015).

d. Pil KB

Pil kombinasi menurut Lauren dan Meredith (2012).

1) Jenis pil kombinasi :

- a) Monofasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
 - b) Bifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
 - c) Trifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
- 2) Cara kerja pil kombinasi :
- Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Mulyan, 2014).
- 3) Manfaat pil kombinasi :
- Efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorea atau akne (Endang dan Elisabeth, 2015).
- 4) Keterbatasan pil kombinasi :
- Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari, mual terutama 3 bulan pertama, perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit, amenorea, tidak boleh diberikan pada ibu menyusui, pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, berkurangnya libido, meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko stroke dan gangguan pembekuan darah

pada vena dalam sedikit meningkat pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati, tidak mencegah IMS (infeksi menular seksual), HIV (*human immuno deficiency virus*)/AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*)

5) Menggunakan pil kombinasi :

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut, pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan *ektopik*, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembeluh darah, mata, dan saraf, penyakit *tiroid*, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak, menderita tuberkulosis, varises venan (Lucky dan Titik, 2015).

6) Dilarang menggunakan pil kombinasi :

Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (hepatitis), perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun, kanker payudara (Endang dan Elisabeth, 2015).

7) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi :

Setiap selagi haid, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan kondom mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut, setelah melahirkan setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (setelah atau sebelum 7 hari), bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Mulyan, 2014).

Pil mini menurut Mulyan, (2014) adalah pil menyusui yang mengandung hormon progesteron. Efektivitas dari pil mini sangat efektif jika dikonsumsi setiap hari dan pada jam yang sama.

- 1) Keuntungan dari pil kombinasi adalah:
 - a) Sangat efektif jika digunakan secara benar
 - b) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - c) Tidak mengandung esterogen, sehingga tidak memengaruhi ASI
 - d) Kesuburan cepat kembali
 - e) Nyaman dan mudah digunakan
 - f) Sedikit efek samping
 - g) Dapat dihentikan setiap saat
- 2) Cara kerja kontrasepsi mini pin adalah:
 - a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
 - b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
 - c) Mengentalkan lendir servik sehingga menghambat penetrasi sperma
 - d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu
- 3) Efek samping dari kontrasepsi mini pil adalah:
 - a) Amenorea (tidak menstruasi)
 - b) Perdarahan tidak teratur atau spotting
- 4) Indikasi kontrasepsi mini pila yaitu:
 - a) Usia reproduksi
 - b) Telah atau belum mempunyai anak
 - c) Menginginkan kontrasepsi efektif selama menyusui
 - d) Pasca keguguran perokok segala usia
 - e) Hipertensi (180/110 mmHg atau dengan masalah pembuluh darah)
- 5) Kontraindikasi mini pil yaitu:
 - a) Hamil atau diduga hamil

- b) Perarahan pervaginam yang belum bisa diketahui penyebabnya
- c) Tidak menerima terjadinya gangguan haid
- d) Kanker payudara/ riwayat kanker payudara
- e) Sering lupa minum pil
- f) Mioma uteri
- g) Riwayat stroke

2.6.7.3 Metode kontak (kontrasepsi mantap)

a. Tubektomi (pada wanita)

Kontrasepsi ini menurut Mulyan, (2014) dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran telur (tuba) pada istri. Dengan demikian telur dari ovarium tidak dapat mencapai rongga rahim, sehingga tidak terjadi pembuahan. Indikasinya yaitu kelahiran cesarean yang berulang, multi peritas, penyakit kehamilan serius yang berulang, penyakit akut atau kronis dan stressor ekonomi atau emosional.

Caranya dengan:

1) Ligasi tuba

Yaitu operasi sterilisasi dengan memotong dan mengikat dengan *cauterisasi* dengan tuba.

2) Histerektomi

Prosedur mengikat uterus. Indikasi Histerektomi setelah kehamilan dengan rupture/inversion uteri, tumor fibroid dan pendarahan tak terkontrol

b. Vasektomi (pada pria)

Vasektomi menurut Lauren dan Meredith (2015) adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen. Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi (minor) pada daerah rafe skrotalis. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang. Vasektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang

1) Manfaat :

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi

2) Keterbatasan vasektomi :

Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi, bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari, perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi, risiko dan efek samping pembedahan kecil, adanya nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah, perlu tenaga pelaksana terlatih, tidak melindungi klien terhadap PMS (penyakit menular seksual) misalnya : HBV (*handel banken und versicherungen*), HIV (*human immuno deficiency virus*)/AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*) Efek samping, risiko, dan komplikasi , tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk *super-fisial*, jarang sekali menimbulkan risiko merugikan pada klien. Walaupun jarang sekali, dapat terjadi nyeri skrotal dan testikular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal infeksi. Teknik vasektomi tanpa pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pasca bedah (Endang dan Elisabet, 2015).

2.6.8 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemakaian alat Kontrasepsi

2.6.8.1 Efektifitas

Efektifitas suatu alat menurut Endang dan Elisabeth (2015) ditentukan oleh keberhasilan atau kegagalan alat kontrasepsi tersebut. Metode kontrasepsi dianggap lebih efektif namun tidak dapat digunakan oleh pasangan yang ingin punya anak lagi.

2.6.8.2 Pilihan pribadi dan kecenderungan

Pilihan pribadi dan kecenderungan merupakan hal penting dalam memilih kontrasepsi. Wanita berasumsi bahwa kontrasepsi yang digunakan terlalu sulit, menghabiskan banyak waktu atau banyak aturan akan menurunkan motivasi dan kekonsistensian pasangan tersebut untuk menggunakannya. Pendidikan yang diterima tentang kontrasepsi akan mempengaruhi persepsi pasangan terhadap kontrasepsi (Lauren dan Meredith, 2015).

2.6.8.3 Efek Samping

Efek samping penggunaan kontrasepsi harus dijabarkan dengan lengkap oleh pasangan. Pasangan mengetahui efek sampingnya lalu tetap memilih kontrasepsi tersebut mereka akan dapat bertoleransi terhadap efek samping yang ditimbulkan dari pada pasangan yang tidak mengetahui efek samping sama sekali (Mulyan, 2014).

2.6.8.4 Biaya

Pasangan yang berpenghasilan rendah, faktor biaya menjadi hal penting dalam pemilihan metode kontrasepsi (Mulyan, 2015).