BAB II
TINJAUAN KASUS DAN TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Pada pengkajian data subjektif dan objektif didapatkan pada tangal 26 Februari 2026, pukul 09.00 WIB. Kunjungan ini adalah ANC yang ke 12 selama kehamilan. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Tepus I tetapi juga dilakukan melalui tanya jawab baik saat kunjungan rumah dan secara *online* menggunakan *Whatsapp*. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan serta sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien.

a. Pengkajian hari Kamis tanggal 26 Februari 2026

Kunjungan dilakukan dirumah Ny. LS pukul 09.00 WIB, dikatakan Ny. LS sudah melakukan pemeriksaan rutin di dokter kandungan dan melakukan pemeriksaan ANC Terpadu di Puskesmas. Ny. LS berusia 23 tahun saat ini sedang hamil keempat dengan umur kehamilan 37 minggu, riwayat kehamilan yang lalu yaitu hamil pertama tahun 2023 terjadi 2 x abortus masing-masing di usia kehamilan 8 minggu dan di tahun 2024 bayi lahir mati di usia kehamilan 20 minggu. HPHT: 12/06/2025, HPL: 19/03/2026. Ny. LS pernah menggunakan KB PIL selama 1 tahun setelah itu berhenti dan program hamil ketiga. Ny. LS tidak pernah minum jamu ataupun merokok. Ny. LS minum tablet Fe dan vitamin yang diberikan oleh dokter maupun bidan. Pola makan sehari-hari, makan 3x sehari porsi sedang terdiri dari nasi, sayur, lauk dan buah serta banyak minum air putih 8-10 gelas biasa perhari. Riwayat kesehatan ibu dan keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit dan alergi. Untuk riwayat penyakit menular ibu dan keluarga tidak pernah menderita penyakit infeksi maupun penyakit menular yang lain. Pendidikan terakhir Ny. LS yaitu SD, pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Suami bernama Tn. H usia 30 tahun, pendidikan terakhir SD, pekerjaan karyawan swasta.

Pada pengkajian data objektif Ny. LS TD: 125/80 mmHg, Nadi: 90x/m, RR: 20x/m, Suhu: 36,2 ^{0}C, BB sebelum hamil 70 kg, BB saat ini 81 kg, TB: 156 cm, IMT awal: 28,8 kg/m^2 (kelebihan bobot), Lila: 29 cm, KU baik, kesadaran CM, pada saat dilakukan pemeriksaan leopold didapatkan bahwa posisi janin presentasi kepala sudah masuk panggul dengan TFU 30 cm dan DJJ 140x/m. Sebelum hamil Ny. LS tidak pernah mengalami tekanan darah tinggi. Ibu sudah melakukan ANC terpadu di Puskesmas saat awal kehamilan tanggal 4 September 2025 dengan hasil laboratnya GDS: 111 mg/dl, Hb: 12,8 g/dl, HIV: Non Reaktif, Sifilis: Non Reaktif, HbSAg: Negatif, Protein urine: Negarif, Reduksi urin: Negatif, Ph: 6. Bidan memberikan KIE berupa: KIE nutrisi, KIE tanda-tanda persalinan, KIE mengenai persiapan persalinan, KIE mengenai tanda bahaya pada TM III dan pemantauan gerakan janin.

b. Pengkajian hari Senin tanggal 1 Maret 2026

Pada tanggal 1 Maret 2026 pukul 08.00 WIB pasien datang ke Puskesams Tepus I dengan keluhan sudah mulai kenceng-kenceng tetapi masih hilang timbul dan tidak sering, serta minta surat rujukan ke dokter kandungan untuk memastikan rencana bersalin nanti. Mengingat riwayat obstetri jelek dan umur kehamilan saat ini 37 minggu 3 hari. Pengkajian data objektif Ny. LS hasil pemeriksaan janin dan ibu sehat dengan TD: 130/82 mmHg, Nadi: 100 x/m, Suhu: 36^0 C, RR: 21 x/m, BB: 81 kg, RR: 20x/m. Pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil palpasi: Leopold I didapat hasil TFU Mc Donald 30 cm, pada fundus teraba bokong, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri, Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, Leopold IV tangan divergen (bagian terendah sudah masuk panggul), TBBJ: 2.790 gram, DJJ 140 kali/menit, belum terjadi pembukaan. Pemeriksaan laborat kedua Hb: 12,5 Ibu diberikan rujukan sesuai permintaan dan dokter yang menangani ibu, dan segera ke RS Pelita Husada.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Pengkajian dengan tanya jawab lewat *online* tanggal 1 Maret 2026 pukul 12.00 WIB ibu pergi ke RS Pelita Husada bersama suami dan keluarga, dengan keluhan kenceng-kenceng semakin bertambah. Tiba di IGD RS langsung ditangani oleh petugas dan dibawa ke ruang tindakan. Setelah dilakukan pemeriksaan dinyatakan ibu sudah pembukaan 2 cm sehingga dilakukan pasang infus dan dibawa ke ruang perawatan. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan sampai tanggal 2 Maret 2026 selama kurang lebih 32 jam tidak ada kemajuan yang signifikan maka tindakan segera yang dilakukan oleh dokter kandungan dengan melakukan tindakan *Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi persalinan tidak maju. Ibu masuk ruang operasi pukul 21.30 WIB dan bayi lahir pukul 22.00 WIB dengan jenis kelamin laki-laki BBL: 2800 gram, PB: 48 cm, LK: 33 cm, LD: 30 cm, Lila: 10 cm. Dilakukan pemeriksaan setelah melahirkan dengan kunjungan nifas dilakukan sebanyak 4 kali yaitu pada 6 jam postpartum via whatshap, hari ke 4, hari ke 12 dan hari ke 21 *postpartum*. Menurut Kemenkes RI (2020), kunjungan nifas dilakukan minimal 4 kali yaitu pada KF 1 (6 jam-48 jam), KF 2 (hari ke 3-7) KF 3 (hari ke 8-14) dan KF 4 (hari ke 15-42) .

3. Asuhan Kebidanan pada Nifas

Kunjungan nifas ibu pada 6 jam pertama postpartum dilakukan via *whatshapp* karena ibu masih dalam perawatan *post* operasi di RS Pelita Husada . Kemudian pasien diperbolehkan pulang hari ke 2. Didapatkan hasil pemeriksaan sebelum pulang TD 126/87 MmHg, N: 84x/menit, S: 36,7^{o}C dengan pemantauan bidan wilayah setempat sampai dengan kontrol tanggal 10 Maret 2026.

Pada kunjungan dirumah Ny. LS 5 hari *postpartum* hari Sabtu tanggal 7 Maret 2026 pukul 13.00 WIB di dapatkan hasil pemeriksaan TD 120/84 mmHg, N: 82 x/menit, R: 20x/menit, S: 36,3^{o}C, ASI: lancar (+/+), TFU pertengahan antara pusat dan simpisis, kontraksi uterus baik, perban tampak bersih dan kering. Pengeluaran pervaginam lochia sanguinolenta

(merah kecoklatan), tidak ada tanda tanda infeksi hanya saja ibu mengeluh nyeri luka jahitan bekas operasi.

Pada kunjungan rumah Ny. LS kedua *postpartum* hari ke-12 hari Sabtu tanggal 14 Maret 2026 yaitu dalam pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU bertambah kecil, luka operasi sudah tidak ditutup perban dan luka kering tidak ada tanda infeksi. pengeluaran darah sudah berwana kuning (lochia serosa). ASI tetap lancar dan tidak ada komplikasi nifas yang lain.

4. Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Pada kasus Bayi Ny. LS dilakukan kunjungan neonatus sebanyak 3 kali yaitu pada hari ke 5, 12 dan hari ke 21 setelah bayi lahir. Menurut Kemenkes RI (2020), kunjungan neonatus minimal dilakukan sebanyak 3 kali yaitu 6 sampai 48 jam, 3 sampai 7 hari dan 8 sampai 28 hari setelah bayi lahir. Pada hasil kunjungan pertama didapatkan hasil keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ikterus, tidak terdapat tanda-infeksi, tali pusat belum lepas, bayi mampu menyusu dengan baik, akan tetapi posisi saat menyusui bayi kurang sesuai sehingga tidak maksimal dalam menghisap. Kemudian dilakukan konseling tentang cara menyusui dan posisi menyusui yang benar. Pada kunjungan kedua keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tali pusat sudah lepas, bayi mampu menyusu dengan baik, posisi bayi saat menyusui sudah baik. Pada kunjungan ketiga keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tali pusat kering tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat. Tumbuh kembang bayi sesuai dengan usia.

Pelayanan yang diberikan pada bayi Ny. LS setelah bayi lahir ibu mengatakan bayi telah diberikan terapi salep mata, vitamin K1, kemudian sudah diberikan imunisasi HB0. Hal ini sesuai dengan data yang terdapat dalam buku KIA ibu. Pada kunjungan pertama dilakukan untuk menilai adanya tanda bahaya pada bayi baru lahir serta menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Pada kunjungan kedua melakukan penilaian kembali untuk melihat tumbuh kembang bayi dan adanya tanda

bahaya. Pada kunjungan ketiga melakukan penilaian kembali untuk melihat tumbuh kembang bayi serta menganjurkan ibu untuk memberikan imunisasi sesuai dengan umurnya dan rutin mengikuti kegiatan di Posyandu..

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

   Pada kasus Ny. LS untuk penggunaan KB pasca salin telah dilakukan konseling pada pertemuan pertama saat hamil di rumah pasien yaitu konseling P4K, salah satu dari konseling P4K adalah perencanaan KB pasca persalinan. Mahasiswa melakukan konseling dengan alat bantu ABPK dan roda KLOP. Setelah dilakukan konseling ibu memutuskan untuk menggunakan KB implant pasca salin sebelum 42 hari dan sudah mendapat persetujuan suami.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*)

Asuhan Berkelanjutan atau *Continuity of care* dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, sampai keluarga berencana.[5] *Continuity of care* memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama.[4] Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan.

2. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah suatu keadaan di dalam rahim seorang wanita terdapat hasil konsepsi (pertemuan ovum dan spermatozoa). Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis.[6] Kehamilan terbagi

dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).

b. Etiologi

Suatu kehamilan akan terjadi bila terdapat 5 aspek berikut, yaitu :

1) Ovum

Ovum adalah suatu sel dengan diameter ± 0,1 mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh kromosom radiata

2) Spermatozoa

Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.

3) Konsepsi

Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopii.

4) Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

5) Plasentasi

Plasentasi adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.[7]

c. Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester Ketiga

Pada kehamilan trimester III terjadi beberapa perubahan fisologis, yaitu perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga segmen bawah rahim lebih tipis dan lebar, serta lebih tampak lingkaran retraksi fisiologi dinding uterus. Kepala janin turun ke pintu atas panggul

sehingga menyebabkan sering kencing karena menekan *vesica urinaria.*[8]

Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar.[9]

d. Perubahan Psikologis pada Kehamilan Trimester Ketiga

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi.[8]

e. Pemeriksaan dan pengawasan Ibu Hamil

1) *Antenatal care*

Asuhan antenatal adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditunjukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Standar pelayanan ANC yang diprogramkan yaitu standar pelayanan ANC meliputi standar 14T. ANC dengan standar 14T dapat sebagai acuan pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu. Berdasarkan kebijakan program pemerintah pelayanan asuhan antenatal minimal 5T meningkat menjadi 7T dan sekarang 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemis malaria menjadi 14T yaitu ukur tinggi badan dan berat badan, ukur tekanan darah, ukur TFU , imunisasi TT, tablet zat besi (FE) minimal 90 tablet selama kehamilan, tes PMS, temu wicara/ konseling, Pemeriksaan Hb, pemeriksaan protein urin, pemeriksaan reduksi urin, perawatan payudara, pemeliharaan tingkat kebugaran, terapi yodium, pemeriksaan malaria.[9]

2) Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan khusus atau pemeriksaan penunjang jika di perlukan, contohnya pemeriksaan Hb pada ibu hamil minimal 2x di trimester I dan trimester II, pemeriksaan golongan darah 1x, protein urin 2x, glukosa urin 2x di trimester II dan trimester III.

f. Ketidaknyamanan selama Hamil dan Cara Mengatasinya

1). Sering buang air kecil

Cara mengatasi: mengosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk kencing dan tetap memperbanyak minum.e

2). Keputihan

Cara mengatasi: meningkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari dan memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap.

3). Keringat bertambah

Cara mengatasi: memakai pakaian yang tipis dan longgar, meningkatkan asupan cairan dan mandi secara teratur.

4). Sembelit

Cara mengatasi: meningkatkan diet asupan cairan, istirahat cukup dan membiasakan buang air besar secara teratur.

5). Nafas sesak

Cara mengatasi: merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang.

6). Hemoroid

Cara mengatasi: menghindari konstipasi dengan makan makanan yang berserat dan banyak minum, menggunakan kompres es atau air hangat dan dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai buang air besar.

7). Kelelahan/ fatigue

Cara mengatasi: menyarankan ibu untuk sering beristirahat.

8). Panas perut (*heartbun*)

Cara mengatasi: makan sedikit tapi sering, menghindari makan berlemak, berbumbu tajam, rokok, asap rokok, alkohol, berbaring setelah makan dan tidur dengan kaki ditinggikan.

9). Pusing/sinkop

Cara mengatasi: bangun secara perlahan dari posisi istirahat, menghindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak, serta menghindari berbaring dalam posisi telentang.

10). Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasi: menggunakan posisi tubuh yang baik dan menggunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan tidur.

11). Varises pada kaki

Cara mengatasi: meninggikan kaki sewaktu berbaring, menjaga agar kaki tidak bersilangan, menghindari berdiri atau duduk terlalu lama dan menghindari pakaian atau korset yang ketat.

g. Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan

1). Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi. Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):[10]

a. Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
b. Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother)* adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.

c. Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat.[10]

2). Faktor-Faktor Risiko Ibu Hamil

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya. Bebarapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

a. Puji Rochyati: primipara muda berusia < 16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara sekunder dangan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan < 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar), pre-eklamsieklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan. [10]
b. Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
c. Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi

infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).

d. Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstrasi vakum, ekstraksi forsep, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).

e. Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai: anemia,penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru atau ginjal). Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu: hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, servik inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: preeklamsiaeklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidrmnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalo-pelfik, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu).

f. Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal):

   (1) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, rupture uteri iminens, ruptur uteri, persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum (plasenta

previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa).

(2) Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya vasa previa), air ketuban warna hijau, atau prolapsus funikuli, dismaturitas, makrosomia, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, retensio plasenta).

(3) Keadaan risiko tinggi postpartum (perslinan dengan retensio plasenta, atonia uteri postpartum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri).

h. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

Salah satu pencegahan yang bisa dilakukan yaitu melalui Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

(1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

(2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak sungsang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

(3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis.[11]

i. Riwayat Obstetri Jelek Pengertian Riwayat Obstetri Jelek

Riwayat obstetri jelek menurut Rochjati adalah: ibu yang hamil kedua dimana kehamilan pertama mengalami abortus, imatur, prematur, lahir mati, dan mati neonatal atau ibu multigravida dimana

kehamilan yang lalu 2 kali berakhir dengan mengalami abortus, imatur, prematur, lahir mati, dan mati neonatal. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya.

Faktor Risiko Riwayat Obstetri Jelek

Terdapat banyak faktor risiko untuk terjadi yang dapat dikelompokkan dalam faktor resiko sebagai berikut :

a. Lahir mati

Kelahiran mati menunjukkan bayi baru lahir yang tidak bernapas setelah masa hidup. Setelah melahirkan, dia tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan. Penyebabnya adalah trauma kehamilan dan asfiksia lahir.

b. Bayi dengan berat badan rendah

Alasan di balik berat badan rendah adalah stres ibu, plasentasi abnormal, kelainan rahim, kondisi medis kronis, insufisiensi plasenta, infeksi, dan pendarahan hebat di ruang Choriodecidual, dll. Hal ini dapat mengakibatkan sindrom paru, syok fatal, dehidrasi, masalah pernapasan, dan pendarahan otak.

c. Kematian intrauterin

Ini menyiratkan kematian bayi di dalam rahim dan kematian yang fatal. Pada minggu ke-2 kehamilan, wanita sudah bisa merasakan gerakan-gerakan bayinya, namun dalam kasus ini mereka tidak bisa merasakannya. Ada perbedaan mendasar antara lahir mati dan kematian intrauterin. Lahir mati menunjukkan bahwa bayi tidak memberikan respons setelah lahir, tetapi dalam kasus kematian intrauterin, bayi tidak memberikan respons di dalam rahim ibu. Hal ini bisa terjadi karena kelainan genetik.

d. Persalinan berkepanjangan

Ada alasan besar di baliknya. Disproporsi kontraksi panggul fetopelvik, tumor dan panggul, malposisi dan proporsi laki-laki serta kelainan kongenital pada janin. Persalinan yang terlalu lama menyebabkan rendahnya kadar oksigen dan kelainan irama jantung pada bayi.

e. Keguguran berulang

Ini menunjukkan lebih dari dua keguguran spontan. Hal ini menyebabkan penyakit hipertensi, inkompetensi endokrin, serviks, dan sindrom-trombofilia Antibodi antifosfolipid. Ini juga bisa bersifat genetik.

Perawatan untuk Riwayat Obstetri Jelek

a. Ketika penyebabnya dari endokrin, kadar prolaktin perlu dipantau bersama dengan antibodi anti-tiroid dan hormon stimulasi tiroid dalam tubuh
b. Beberapa antibodi dapat menyebabkan terjadinya obstetri jelek, maka dari itu proses TORCH diperlukan untuk menyaring infeksi
c. Analisis karyotype adalah pengobatan lain yang berguna dalam kasus aborsi.

   Dengan jenis perawatan ini maka dapat dievaluasi jumlah kromosom beserta strukturnya. Hal ini dapat membantu dalam mendeteksi kelainan

d. Meningkatkan konsumsi suplemen vitamin D
e. Masalah hipotiroididme dan pengobatan bromokriptin harus dilakukan

Test Profil Riwayat Obstetri Jelek

Infeksi pada urin dapat menyebabkan aborsi berulang sehinggan dapat dicoba untuk menemukan agen umum yang dapat menyebabkan

hal ini terjadi. Hal ini juga berlaku dalam kasus aborsi spontan dan kematian fatal yang tidak dapat dijelaskan.

a. Sebelum test dilakukan perlu melakukan puasa semalaman sesuai aturan

b. Pengisian formulir permintaan koagulasi

c. Ada beberapa rekomendasi dari dokter untuk menghindari hasil yang terpengaruh. Ini adalah- Mereka meminta pasien untuk menghentikan Antikoagulan Oral dan Heparin masing-masing selama 7 hari dan 1 hari. Untuk menghentikannya, sebaiknya konsultasikan dengan dokter yang merawat.

d. Komponen pengujiannya adalah antibodi anti-nuklir, panel antibodi fosfolipid, antikoagulan lupus oleh DRVVT, TSH Ultrasensitif, dan panel antibodi Cardiolipin.

e. Metode pengujiannya adalah- EIA, CLIA, dan deteksi bekuan elektromekanis Uji tersebut harus dilakukan agar dokter dapat mempertimbangkan situasi dan kebutuhan psikologis pasangan. Permasalahan kematian anak pasti akan menimbulkan trauma fisk dan sangat berdampak secara emosional. Sehingga setelah masalah dapat terdeteksi maka pengobatan menjadi lebih mudah.

3. Persalinan *Sectio Cesaria* (SC)

a. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.[4] Tindakan operasi sectio caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam.[21]

Menurut Mufdillah (2017), indikasi sectio caesarea terbagi menjadi :

1) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelik, panggul sempit atau jumlah janin terlampau besar, malposisi dan

malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.

2) Pembedahan sebelumnya pada uterus; sectio caesarea, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan sectio caesarea.
3) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau abruptio pasenta.
4) Toxemia gravidarum; mencakup preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
5) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapses funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post moterm caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis.

b. Jenis-jenis sectio caesarea

Menurut Prawirohardjo (2020), sectio caesarea dapat diklasifikasikan menajdi 3 jenis, yaitu:

1) Sectio caesarea transperitonealis profunda

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak, bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2) Sectio caesarea klasik atau sectio caesarea corporal

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses sectio caesarea Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan sectio caesarea

sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

3) Sectio caesarea ekstraperitoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerpureal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan sectio caesarea ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukan pembedahannya.

c. Komplikasi

Komplikasi sectio caesarea menurut Jitowiyono (2018) yaitu:

1) Pada ibu

a) Infeksi puerpereal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.

b) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

c) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi

d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesuah sectio caesarea secara klasik. Pada janin Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan

dengan sectio caesarea banyak tergantung drai keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan sectio caesarea. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang baik, kematian perinatal pasca sectio caesarea berkisar antara 4-7 %.

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) normal adalah bayi dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2.500 gr sampai dengan 4.000 gram. Neonatus merupakan masa bayi baru lahir sampai usia 28 hari. Periode neonatal adalah bulan pertama kehidupan.Selama periode neonatal bayi mengalami pertumbuhan dan perubahan yang amat manakjubkan. Menurut Kurniati (2023) bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 sampai 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis dan tidak ada kelainan congenital yang berat.

b. Perubahan Fisiologis BBL

1) Sistem respirasi

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran oksigen melalui plasenta.Setelah bayi lahir, pertukaran oksigen harus terjadi melalui paru.

2) Perkembangan paru

Paru berasal dari titik tumbuh yang muncul dari faring yang bercabang dan kemudian bercabang kembali membentuk struktur percabangan bronkus. Paru yang tidak matang akan mengurangi kelangsungan hidup BBL sebelum usia 24 minggu. Hal ini disebabkan keterbatasan permukaan alveolus, ketidakmatangan sistem kapiler paru, dan tidak tercukupinya jumlah surfaktan.

3) Awal adanya nafas

Faktor-faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi adalah :

a) Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan otak.
b) Tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru selama persalinan, yang merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanis. Interaksi antara sistem pernafasan, kardiovaskuler dan susunan saraf pusat menimbulkan pernafasan yang teratur dan berkrsinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan.
c) Penimbunan karbondioksida

   Setelah bayi lahir, kadar karbondioksida meningkat dalam darah dan akan merangsang pernafasan. Berkurangnya oksigen akan mengurangi gerakan pernafasan janin, tetapi sebaliknya peningkatan karbondioksida akan menambah frekuensi dan tingkat gerakan pernafasan janin.
d) Perubahan suhu → Keadaan dingin akan merangsang pernafasan.

4) Surfaktan dan upaya pernapasan

Upaya pernafasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembalikan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali.Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat surfaktan (lemak lesitin/sfingomielin) yang cukup dan aliran darah ke paru.Produksi surfaktan dimulai pada 20 minggu kehamilan, dan jumlahnya meningkat sampai paru matang (sekitar 30-34 minggu kehamilan). Fungsi surfaktan adalah untuk mengurangi tekanan permukaan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernafasan.

Tidak adanya surfaktan menyebabkan alveolus kolaps setiap saat akhir pernafasan yang menyebabkan sulit bernafas.Peningkatan kebutuhan ini memerlukan penggunaan lebih banyak oksigen dan glukosa. Berbagai peningkatan ini menyebabkan stress pada bayi yang sebelumnya sudah terganggu. Bayi cukup bulan mempunyai cairan di parunya.Pada saat bayi melewati jalan lahir selama persalinan, sekitar sepertiga cairan ini diperas keluar dari paru-paru. Seorang bayi yang

dilahirkan secara sectio sesaria kehilangan keuntungan dari kompresi rongga dada dan dapat menderita paru – paru basah dalam jangka waktu lebih lama. beberapa kali tarikan nafas yang pertama udara memenuhi ruangan trakea dan bronkus BBL. Sisa cairan di paru-paru dikeluarkan dari paru – paru dan diserap oleh pembuluh limfe dan darah.

Selama 1 jam pertama kehidupannya, system limfe melanjutkan pengeluaran cairan dari paru. Proses ini juga merupakan akibat perbedaan tekanan alveoli ke jaringan interstisiil ke kapiler. Penurunan tahanan vaskuler memungkinkan aliran cairan paru tersebut.Pernafasan abnormal dan kegagalan pengembangan paru yang maksimal memperlambat perpindahan cairan paru dan interstisiil ke sirkulasi.Retensi cairan mengganggu kemampuam bayi untuk mempertahankan oksigenasi yang adekuat.Lingkar dada ± 30-33 cm saat lahir, sehingga fungsi respirasi bayi lebih banyak menggunakan kontraksi diafragma ari pada costae.

5) Sistem Sirkulasi

Sistem sirkulasi mengalami perubahan pada saat bayi dilahirkan.Terdapat dua perubahan yang harus terjadi untuk mendapatkan sistem sirkulasi yang baik, yaitu menutupnya foramen ovale pada atrium dan ductus arteriosus antara paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem vaskular. Oksigen menyebabkan sistem vaskular mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah.

Terdapat dua peristiwa yang dapat merubah tekanan dalam sistem pembuluh darah, yaitu:

a) Pada saat tali pusat dipotong resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun, tekanan atrium menurun kerena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua kejadian ini membantu darah dengan sedikit

kandungan oksigen mengalir ke paru untuk menjalani proses oksigenisasi ulang.

b) Pernafasan pertama menurunkan resistensi pada pembuluh darah paru dan meningkatkan tekanan pada atrium kanan. Oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru. Peningkatan sirkulasi ke paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan dengan peningkatan tekanan atrium kanan ini dan penurunan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup. Frekuensi nadi BBL ±120-160x/menit, kadang mengalami murmur yang akan hilang pada usia 6 bulan. Tekanan darah bayi bervariasi ± 78/42 mmHg.Menangis menyebabkan peningkatan tekanan sistolik.Volume darah ± 80-110 cc/kg/BB, menjadi 2x lipat pada akhir tahun pertama.

Perubahan yang terjadi pada sistem peredaran darah (sistem sirkulasi) antara lain:

Tabel 1. Sistem Peredaran Darah

Struktur	Sebelum Lahir	Setelah Lahir
Vena umbilicus	Membawa darah dari arteri ke hati dan jantung	Menutup, menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikalis	Membawa darah arteri venosa ke placenta	Menutup, menjadi ligamentum vesikale pada dinding abdominal anterior
Duktus venosus	Pirau darah a. ke v. kava inferior	Menutup, menjadi ligamentum venosum
Duktus arteriosus	Pirau darah a.dan sebagian darah v. dari a. pulmonalis ke aorta	Menutup, menjadi lig. Arteriosum

Foramen ovale	Menghubungkan atrium kanan dan kiri	Biasanya menutup
Paru	Tidak ada udara, sedikit darah, berisi cairan	Berisi udara dengan suplai darah yang baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit darah ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena cava inferior	Membawa darah dari tubuh dan darah arteri ke plasenta	Membawa darah hanya ke atrium kanan

6) Termoregulasi

Pengendalian panas adalah cara kedua untuk menstabilkan fungsi pernafasan dan sirkulasi bayi. Termoregulasi adalah upaya mempertahankan keseimbangan antara produksi dan pengeluaran panas.Bayi bersifat homeothermic yang artinya berusaha menstabilkan suhu badan internal dalam rentang yang pendek. Hipotermi dan kehilangan panas yang berlebihan merupakan kejadian yang membahayakan.

Termogenesis pada bayi dipenuhi oleh *brown fat* dan meningkatkan aktivitas metabolisme otak, jantung dan liver.*Brown fat* terletak diantara kedua scapula dan axial, serta di dalam pintu masuk dada, sekitar ginjal dan vertebra.Lemak tersebut banyak mengandung pembuluh darah dan saraf daripada lemak biasa.Panas diproduksi dengan metabolisme dalam lemak tersebut.Lemak tersebut ada sampai beberapa minggu setelah kelahiran dan berkurang dengan suhu dingin.Semakin matur janin semakin banyak *brown fat*. Mekanisme kehilangan panas pada bayi meliputi:

a) Konveksi

Bayi mengalami kehilangan panas karena panas mengalir dari permukaan tubuh ke suhu udara yang lebih dingin di sekitarnya

b) Radiasi

Bayi mengalami kehilangan panas dari permukaan tubuh ke permukaan benda padat yang dekat dengan bayi tetapi tidak dengan kontak langsung.

c) Evaporasi

Bayi mengalami kehilangan panas saat kulitnya basah.Kehilangan panas terjadi oleh karena penguapan kulit tersebut..

d) Konduksi

Bayi kehilangan panas dari permukaan tubuhnya ke permukaan benda padat yang menempel ditubuhnya.

7) Sistem Hematologi

Saat bayi lahir, nilai rata-rata hemoglobin, SDM, dan hematokrit lebih tinggi dari dewasa. Hemoglobin BBL berkisar antara 14,5 sampai 22,5 gram/dl. Hematokrit bervariasi dari 44% sampai 72% dan hitung SDM berkisar antara 5 sampai 7,5 juta/mm^3. WBC 18.000/mm. Hb turun 11-17 gr/dl dan RBC turun menjadi 4,2-5,3 pada akhir bulan pertama.

8) Sistem Renal

Pada kehamilan cukup bulan, ginjal menempati sebagian besar dinding abdomen posterior. Kandung kemih berada di dekat dinding abdomen anterior. Pada bayi baru lahir, hampir semua massa yang teraba di abdomen berasal dari ginjal. Fungsi renal seperti orang dewasa baru dapat dipenuhi saat bayi berusia 2 bulan.Bayi baru lahir memiliki rentang keseimbangan kimia dan rentang keamanan yang kecil. Infeksi, diare, atau pola makan yang tidak teratur secara cepat dapat menimbulkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan, seperti dehidrasi atau edema.

Ketidakseimbangan ginjal juga membatasi kemampuan bayi baru lahir untuk mengekskresi obat. Saat lahir biasanya bayi akan BAK

sedikit dan kemudian tidak BAK selama 12-2 jam, kemudian akan BAK 6-10x/hari. Urine berwarna kuning jernih, berjumlah 15-60 cc/kgBB/hari. Kadang- kadang ada noda sedikit merah karena kristal urat.

9) Sistem Gastrointestinal

Bayi baru lahir cukup bulan (aterm) sudah mampu menelan, mencerna, memetabolisme, dan mengabsorbsi protein dan karbohidarat sederhana serta mengemulsi lemak. Mukosa mulut basah, berwarna merah muda, pipi penuh karena perkembangan bantalan menghisap yang baik. Bayi tidak dapat memindahkan makanan dari bibir ke farink, oleh karena itu puting susu harus diletakkan tepat diatas lidah dekat dengan farink. Aktivitas peristaltik esofhagus belum terorganisasi, kemudian polanya akan menjadi teratur sehingga bisa mulai menelan dengan baik. Tidak ada bakteri pada GIT pada saat lahir, bakteri akan masuk setelah lahir melalui orifisium ovale anal dan udara. Kapasitas lambung bayi 30-90 cc tergantung besarnya bayi. Keasaman lambung lebih rendah dalam beberapa minggu sampai usia 2-3 bulan.

Saat lahir perut bawah dipenuhi oleh mekonium yang dibentuk setelah janin di dalam uterus.Mekonium dibentuk dari cairan amnion, zat-zat yang didalamnya (sel-sel epidermis, lanugo yang ditelan bayi), sekresi saluran cerna dan pecahan sel dari mukosa.Warna hijau kehitaman dan lengket, warna tersebut adalah akibat pigmen empedu. Keluaran mekonium yang pertama adalah steril. Mekonium akan berganti dengan feses dalam 12-24 jam. Distensi otot abdomen mempengaruhi relaksasi dan kontraksi otot kolon sehingga sering bayi segera BAB setelah makan.

10) Sistem Hepatika

Hati dan kandung empedu dibentuk pada minggu keempat kehamilan.Pada bayi baru lahir, hati dapat dipalpasi sekitar 1 cm di bawah batas kanan costae karena hati berukuran besar dan menempati sekitar 40% rongga abdomen. Hati bertanggung jawab terhadap

metabolisme billirubin. 50% bayi aterm mengalami hyperbillirubinemia fisiologis. Ikterik neonates terjadi akibat produksi bilirubin dengan kecepatan yang lebih besar dari dewasa dan terdapat cukup banyak reabsorbsi bilirubin pada usus halus neonates.

Kriteria ikterik fisiologis atara lain:

a) Bayi tampak normal
b) Pada bayi aterm, jaundice muncul setelah 24 jam lalu hilang hari ke-7
c) Pada bayi preterm, jaundice muncul setelah 48 jam lalu hilang pada hari ke-9/10
d) Jumlah bilirubin indirect < 12mg/100ml
e) Jumlah bilirubin direct <1-1,5 mg/ml
f) Peningkatan bilirubin tidak melebihi 5 mg/100ml perhari

11) Sistem Integument

Vernix caseosa, suatu lapisan putih seperti keju, menutupi kulit bayi saat lahir, fungsinya masih belum jelas. Dalam 24 jam vernix caseosa akan diabsorbsi kulit dan hilang seluruhnya, jadi tidak perlu dibersihkan. Kulit bayi sangat sensitive dan mudah rusak, warnanya agak merah beberapa jam setelah lahir.Pada wajah, bahu dan punggung ditumbuhi rambut lanugo.Bayi baru lahir tampak montok, lemak subkutan terakumulasi sejak trimester III.

12) Sistem Imunologi

Sel-sel yang menyuplai imunitas bayi berkembang pada awal kehidupan janin, tetapi sel-sel ini tidak aktif selama beberapa bulan.Selama tiga bulan pertama kehidupan, bayi dilindungi oleh imunitas pasif yang diperoleh dari ibu.Barier alami, seperti asam lambung atau produksi pepsin dan tripsin, yang tetap mempertahankan kestterilan usus halus, belum berkembang dengan baik sampai tiga atau empat minggu.IgA tidak terdapat pada saluran pernapasan, traktus urinarius, dan GIT.IgA aka nada pada GIT jika bayi mendapatkan ASI. Bayi baru mensintesis IgG dan mencapai 40% kadar IgG orang dewasa pada usia 9 bulan. IgA,

IgD, dan IgE diproduksi secara bertahap dan tidak mencapai kadar optimal pada masa kanak-kanak dini. Bayi yang mendapatkan ASI mendapat imunitas pasif dari kolostrum dan ASI.

13) Sistem musculoskeletal

Pertumbuhan tulang terjadi chepalocaudal. Kepala mempunyai panjang ¼ dari panjang badan bayi, dengan lengan lebih panjang sedikit dari kaki.Ukuran dan bentuk kepala dapat sedikit berubah akibat penyesuaian dengan jalan lahir. Ubun-ubun (fontanel) anterior teraba lunak akan menutup pada bulan ke 12-18. Lingkar kepala bervariasi 33-37 cm. vertebra harus dicek adanya dimple (bengkok), mungkin berhubungan dengan spina bifida.

14) Sistem Reproduksi

a) Wanita

(1) Ovarium sudah berisi ribuan sel-sel primitive (folikel primordial).

(2) Peningkatan estrogen selama kehamilan didikuti dengan penurunan yang tiba-tiba saat kelahiran menyebabkan terjadinya pengeluaran darah atau mucus dari vagina disebut pseudomenstruasi.

(3) Genetalia eksterna edema dan hiperpigmentasi. Labia mayor dan minor sudah menutupi vestibulum.

(4) Vernix caseosa terdapat dikedua labia.

b) Pria

(1) Testis sudah turun kedalam scrotum pada 90 % bayi.

(2) Spermatogenesis belum terjadi, baru terjadi saat pubertas.

(3) Preputium bisa berisi smegma yaitu suatu substansi putih seperti keju

(4) Genetalia eksterna membengkak dan hiperpigmentasi sebagai efek dari hormone ibu

(5) Sering terjadi hidroceles yaitu akumulasi cairan disekitar testis, bisa sembuh sendiri.

15) Reflex pada Bayi Baru Lahir

a) Reflek Moro

Reflek ini terjadi karena adanya reaksi miring terhadap rangsangan mendadak.Refleksnya simetris dan terjadi pada 8 minggu pertama setelah lahir. Tidak adanya refleks moro menandakan terjadinya kerusakan atau ketidakmatangan otak.

b) Refleks *Rooting* / Refleks Dasar

Dalam memberikan reaksi terhadap belaian di pipi atau sisi mulut, bayi akan menoleh ke arah sumber rangsangan dan membuka mulutnya siap untuk menghisap.

c) Refleks Menyedot dan Menelan / Refleks Sucking

Berkembang dengan baik pada bayi normal dan dikoordinasikan dengan pernafasan.Ini penting untuk pemberian makan yang aman dan gizi yang memadai.

d) Refleks Mengedip dan Refleks Mata

Melindungi mata dari trauma.

e) Refleks *Graphs*/Plantar

Genggaman tangan diperoleh dengan menempatkan jari atau pensil di dalam telapak tangan bayi yang akan menggenggam dengan erat. Reaksi yang sama dapat ditunjukkan dengan membelai bagian bawah tumit (genggam telapak kaki).

f) Refleks Walking / Berjalan dan Melangkah

Jika disangga secara tegak dengan kaki menyentuh permukaan yang rata, bayi akan terangsang untuk berjalan.

g) Refleks Tonik *Neck*

Pada posisi terlentang lengan disamping tubuh tempat kepala menoleh kearah itu terulur sedangkan lengan sebelah terkulai.

h) Refleks Tarik

Jika didudukkan tegak, kepala bayi pada awalnya akan terkulai ke belakang lalu bergerak ke kanan sesaat sebelum akhirnya tertunduk ke arah depan

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

Menurut kurniati (2023) tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, adalah:

1) Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut :

a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
b) Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang
c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain.

2) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril.Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru.Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan alkohol 70% atau povidon iodin 10% serta dibalut kasa steril.Pembalut tersebut diganti setiap hari dan atau setiap tali basah / kotor.Sebelum memotong tali pusat, pastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik, untuk mencegah terjadinya perdarahan.

3) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat.Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.

4) Memberi Vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari,

sedangkan bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg I.M

5) Memberi Obat Tetes / Salep Mata

Di beberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oplitalmic neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorhoe tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

6) Identifikasi Bayi

a) Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin dan di ruang rawat bayi.
b) Alat yang digunakan hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas.
c) Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum : nama (bayi, nyonya) tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu.
d) Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi.

7) Pemantauan Bayi Baru Lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan. Pemantauan 2 jam pertama sesudah lahir meliputi :

a) Kemampuan menghisap kuat atau lemah
b) Bayi tampak aktif atau lunglai
c) Bayi kemerahan atau biru

d. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi.Resiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat

dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama. Meskipun Buku KIA 2023 tidak secara eksplisit merinci jadwal kunjungan neonatal, pedoman sebelumnya memberikan panduan sebagai berikut:

1) Kunjungan Neonatal 1 (KN1): Dilakukan pada usia 6–48 jam
2) Kunjungan Neonatal 2 (KN2): Dilakukan pada usia 3–7 hari.
3) Kunjungan Neonatal 3 (KN3**):** Dilakukan pada usia 8–28 hari

Langkah-langkah pemeriksaan:

1) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
2) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernafasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut
3) Selalu mencuci tangan pakai sabun dengan air mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi

Tabel 2. Pemeriksaan Fisik Bayi

Pemeriksaan Fisik yang Dilakukan	Keadaan Normal
Lihat postur, tonus dan aktivitas	1. Posisi tungkai dengan lengan fleksi 2. Bayi sehat dan bergerak aktif
Lihat kulit	Wajah, bibir dan selaput lender, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul
Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedang tidak menangis	1. Frekuensi normal 40-60x/menit 2. Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam
Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis	Frekuensi denyut jantung normal 120-160x/menit

Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan thermometer	Suhu normal adalah 36,5-37,5°C
Lihat dan raba bagian kepala	1. Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam 2. Ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol, dapat sedikit menonjol saat bayi menangis
Lihat mata	Tidak ada kotoran/secret
Lihat bagian dalam mulut Masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit	1. Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian terbelah 2. Nilai kekuatan isap bayi. Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa
Lihat dan raba perut	Perut bayi datar, teraba lemas
Lihat tali pusat	Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat
Lihat punggung dan raba tulang belakang	Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang
Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah	Tidak terdapat sindaktili, polidaktili, siemenline, dan kelainan kaki (pes equino varus da vagus)

Lihat lubang anus 1. Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus 2. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah BAB	1. Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar 2. Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir
Lihat dan raba alat kelamin luar Tanyakan kepada ibu apakah bayi sudah BAK	1. Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan 2. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis. Teraba testis di skrotum 3. Pastikan bayi sudah BAK dalam 24 jam setelah lahir 4. Yakinkan tidak ada kelainan alat kelamin, missal.hipospadia, rudimenter, kelamin ganda
Timbang bayi Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil peimbangan dikurangi berat selimut	1. Berat lahir 2,5-4 kg 2. Dalam minggu pertama, BB mungkin turun dahulu (tidak melebihi 10% dalam waktu 3-7 hari) baru kemudian naik kembali
Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	1. Panjang lahir normal 48-52 cm 2. Lingkar kepala normal 33-37 cm

e. Penilaian bayi baru lahir normal

Tabel 3. Apgar *Score*

APGAR	0	1	2
Appearance/ warna kulit	Biru/pucat seluruh tubuh	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah
Pulse/denyut jantung	Tidak terdengar	<100x/menit	>100x/menit
Grimace/reflek irritability	Tidak ada respon	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
Activity/tonus otot	Lemah	Fleksi pada ekstremitas	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Menangis lemah/merintih	Menangis kuat

Interpretasi skor:

0– 3 : asfiksia berat

4– 6 : asfiksia sedang

7– 10 : asfiksia ringan

f. Penilaian Untuk Tanda-Tanda Kegawatan

1) Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda – tanda berikut :
   a) Sesak nafas.
   b) Frekuensi pernafasan 60 X/mnt.
   c) Gerak retraksi dada.
   d) Malas minum.
   e) Panas atau suhu badan bayi rendah.
   f) Bayi kurang aktif.
   g) Berat lahir rendah (1500 – 2500 gram).
2) Tanda – tanda bayi sakit berat.

   Apabila terdapat salah satu atau lebih tanda – tanda berikut ini :
   a) Sulit minum.

b) Sianosis 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.Air Susu Ibu

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarga yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan.[29] Menurut WHO, keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

b. Sasaran Program Keluarga Berencana

Adapun sasaran program keluarga berencana adalah pasangan usia subur istri < 20 tahun dengan tujuan menunda kehamilan. Pasangan Usia Subur istri 20 - 30 tahun dengan tujuan mengatur kesuburan dan menjarangkan kehamilan, pasangan usia subur dengan usia istri > 30 tahun dengan tujuan untuk mengakhiri kehamilan.[29]

c. Macam - Macam Keluarga Berencana

1) Kondom

Menurut Biran Affandi (2015), kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet

sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.

Macam-macam kondom: Kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma, kondom tidak beraroma.

a) Carakerja:

Menurut Biran Affandi (2015) cara kerja kondom adalah sebagai berikut:

(1) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan seltelur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah kedalam saluran reproduksi perempuan.

(2) Mencegah penularan mikrooganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

b) Keuntungan:

Murah, mudah didapatkan, tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan yang berpendidikan.

c) Kerugian:

Kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisidis, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah. Kondom yang dipakai bersamaan dengan pantang berkala mempunyai keefektivitas yang makin meningkat

d) Petunjuk pemakaian:

Bila kondom tidak ada ujung penampung, sisakan 1-2 cm ujung kondom untuk penampung ejakulat. Cabut penis sebelum ereksi hilang, pegang gelang kondom(bagian pangkal) agar

sperma tidak tumpah. Jangan gunakan pelumas (minyak sayur, baby oil dan lain-lain).

2) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

IUD adalah sebuah alat yang kecil yang dimasukan ke dalam rahim oleh dokter atau petugas kesehatan yang terlatih atau bidan. Setelah di rahim, IUD akan mencegah sel sperma pria untuk bertemu dengan sel terlur wanita. IUD bisa tinggal di dalam rahim sampai 10 tahun (tergantung pada jenis IUD) sebelum di lepas dan diganti. Sebuah IUD dapat digunakan tanpa sepengatuhan pria (meskipun kadang-kadang pria dapat merasakan benangnya).

IUD Sangat efektif, reversible dan jangka panjag (dapat sampai 10 tahun : CUT-380A). Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak, Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual.[28]

a) Mekanisme kerja

AKDR merupakan benda asing didalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leokosit, makrofag, dan limfosit. AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa. Pemadatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi. Loncu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakn konsepsi.[28]

b) Keuntungan

Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia menempati urutan ke-3 dalam pemakaian. Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit. Kontrol

medis yang ringan. Penyulit tidak terlalu berat.Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik.[28]

c) Kerugian

Terdapat perdarahan (spotting dan menomtrorargia). Dapat terjadi infeksi.Tali AKDR dapat menyebabkan perlukaan. Rasa tidak nyaman diperut.[28]

d) Efek samping :

(1) Perubahan siklus haid (ummnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
(2) Haid lebih lama dan banyak.
(3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
(4) Saat haid lebih sedikit.[28]

f) Pemasangan AKDR

(1) Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan. Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberpa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah - langkah tersebut dan pastikan klien telah mengosongkan kandung kencingnya.
(2) Periksa genetalia eksterna, untuk mengetahui adanya ulkus, pembengkakan pada kelenjar batholini dan kelenjar skene, lalu lakukan pemeriksaan speculum dan panggul.
(3) Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersediadan ada indikasi.
(4) Masukan lengan IUD Copper T 380A didalam kemasan sterilnya.
(5) Masukkan speculum, dan usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik dan gunakan tenakulum untuk menjepit serviks.
(6) Masukan sondeuterus.
(7) Lakukan pemasangan IUDCopper T380A

(8) Buang bahan – bahan yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan dan bersihkan permukaan yang terkontaminsi

(9) Melakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai

(10) Mengajarkan kepada klien bagaimana memeriksa benang IUD.

(11) Menyarankan klien agar menunggu selama 15 – 30 menit setelah pemasangan.

g) Pelepasan AKDR

Menurut Hartanto (2015) langkah - langkah pencabutan AKDR sebagai berikut:

(1) Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya.

(2) Memasukkan Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya.

(3) Mengusap servik dan vagina dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali.

(4) Mengatakan pada klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik nafas panjang, dan memberitahu mungkin timbul rasa sakit.

Macam - macam pencabutan:

(1) Pencabutan normal

Jepit benang didekat servik dengan menggunakan klem lurus atau lengkung yang sudah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat. AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan. Bila benang putus saat ditarik, maka jepit ujung AKDR tersebut dan tarik keluar.

(2) Pencabutan sulit

Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung. bila tidak ditemukan pada kanalis servikalis. Masukkan klem atau alat pencabut AKDR kedalam cavum uteri untuk menjepit benang AKDR itu sendiri. Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar klem pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut antara uterus dengan kanalis servikalis sangat tajam, gunakan tenakulum untuk menjepit serviks dan lakukan tarikan kebawah dan keatas dengan pelan – pelan dan hati-hati, sambil memutar klem. Jangan menggunakan tenaga yang besar.

3) Implant

Kontrasepsi hormonal bisa berisi 6 buah (Norplant), 2 buah (Endoplant) dan 1 buah (Implanon). *Sustained Released*. Dipasang dibawah kulit lengan atas tangan kiri (*righthanded*). Progestogen (Levonorgestrel).

a) Cara kerja :

Mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat mengahalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lender servik dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempatnidasi.[28]

b) Keuntungan :

Dipasang selama 5 tahun, control medis ringan, dapat dilayani didaerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi, biaya murah.

c) Kerugian :

Menimbulkan gangguan menstruasi, berat badan bertambah, menimbulkan acne, ketegangan payudara, liang senggama terasa kering.

d) Cara pemasangan implant

(1) Setiap saat selama siklus haid hari ke -2 sampai hari ketujuh, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan

(2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan. Apabila insersi setelah -7 hari siklus haid, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.

(3) Apabila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan, klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrsepsi lain untuk tujuh hari saja.

(4) Apabila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat.

(5) Apabila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.

(6) Apabila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tersebut tidak hamil,atau klien menggunakan kontrsepsi dengan benar.

(7) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntik, tidak perlu metode kontrasepsi lain.

(8) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggatinya

dengan norplant, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

(9) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, maka dapat di insersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja. AKDR segera dicabut.

(10) Pasca keguguran, implan dapat segera di insersikan.[29]

e) Teknik pengeluaran dan pengangkatan

Mengeluarkan implan umumnya lebih sulit dari pada insersi. Persoalan dapat timbul bila implant dipasang terlalu dalam atau timbul jaringan fibrous sekeliling implant. Cara mengeluarkan implant:

(1) Cucilengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis

(2) Tentukan lokasi dari implan dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.

(3) Suntikkan anastesi local dibawah implant

(4) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung - ujung implant pada daerah alas “kipas”

(5) Keluarkan implant pertama yang trerletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.

Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran/pencabutan norplant

(a) Cara pop-out

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis,sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal kapsul kearah distal dengan ibu jari sehingga mendekati

lubang insisi, sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung distal kapsul menekan kulit. Bila perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujun kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi sehinga ujung tersebut akan menyembut/pop out melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertingal.

(b) Cara standar

Bila carapop-out tiak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira-kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi180 disekitar sumbu utamanya mengarah kebahu akseptor. Bersihkan jaringan-jarinan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas.Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

(c) Cara “U”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari semarang dibuatin sisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul,diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar disamping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar kearah pangkal lengan atas atau bahu akseptor

sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar. [31]

4) KB PIL

Mini pil adalah tablet pil oral berisi progestin dan kombinasi saja (Hartanto, 2015).

a) Cara kerja Pil Progestin[28]

(1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium

(2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

(3) Mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma

(4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

b) Keuntungan

Bila minum pil secara teratur maka tingkat keberhasilan bisa 100%, dapat dipakai pengobatan terhadap berbagai masalah: ketegangan menjelang mentruasi, perdarahan mentruasi yang tidak teratur, nyeri saat mentruasi, pengobatan pasangan mandul. Pengobatan penyakit endometriti, dapat meningkatkan libido.

c) Kerugian

Harus minum pil secara teratur, dalam waktu panjang dapat menekan ovarium, penyulit ringan, berat badan bertambah,tumbuh acne, mempengaruhi fungsi hati dan ginjal.[29]

5) Suntik progestin

KB suntik adalah g-alfa medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesterone yang kuat dan sangat efektif. [31]

a) Cara kerja

Menurut Biran Affandi (2015), cara kerja dari suntikan progestin adalah:

(1) Mencegah ovulasi
(2) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
(3) Menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

b) Keuntungan :

Pemberianya sederhana setiap 8 sampai 12 minggu, tingkat efektivitasnya tinggi, pengawasan medis yang ringan, tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi, dapat diberikan pascasalin.

c) Kerugian :

Perdarahan yang tidak menentu, terjadi amenorea, masih terjadi kemungkinan hamil

6) Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL (Metode Amenore Laktasi) adalah kontrasepsi yang mengandalkan ASI Ekslusif, artinnya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan ataupun minuman tambahan hingga usia 6 bulan. Ibu yang dapat menggunakan MAL yaitu Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), dan lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x s ehari, Ibu yang belum haid sejak pasca persalinan, Umur bayi kurang dari 6 bulan, Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi.

Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL Yaitu Sudah mendapat haid setelah melahirkan, Tidak menyusui bayinya secara eksklusif, Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan, Bekerja dan berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah.

a) Efektivitas:

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1

diantara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal :[28]

(1) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama).
(2) Perdarahan sebelum 56 hari pasca salin dapat diabaikan (belum dianggap haid).
(3) Bayi menghisap payudara secara langsung. Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir. Kolostrum diberikan kepada bayi.
(4) Pola menyusui *ondemands* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara. Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.
(5) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam.

Untuk mendukung keberhasilan kontrasepsi MAL maka ibu harus mengerti cara menyusui yang benar meliputiposisi, perlekatan dan menyusui secara efektif. Posisi bayi yang bena rKepala, leher, dan tubuh bayi dalam satu garis lurus Badan bayi menghadap kedada ibu Badan bayi melekatke ibu Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja Tanda bayi melekat dengan baik yaitu dagu bayi menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar, bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya, areola juga masuk kemulut bayi, tidak hanya puting susu, areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar. Tanda bayi menghisap dengan efektif yaitu menghisap secara mendalam dan teratur, kadang diselingi istirahat hanya terdengar suara menelan, tidak terdengar suara mengecap. Setelah selesai yaitu bayi melepas

payudara secara spontan, bayi tampak tenangdan mengantuk, bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI. Tanda bayi menghisap tidak efektif yaitu menghisap dengan cepatdan dangkal. Mungkin terlihat lekukan kedalam pipi bayi, Tidak terdengar suara menelan.[30]

7) Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi. Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan darivagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah.

a) Keterbatasan:

Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan pertahun). Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

b) Indikasi:

(1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
(2) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode lain
(3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
(4) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.
(5) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
(6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

c) Kontraindikasi: [30]

(1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.
(2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus.

(3) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama. Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.

(4) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

8) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan. Jenis Minilaparotomi dan Laparoskopi.

a) Mekanisme kerja

Yaitu dengan mengoklusi tubafalopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

b) Keuntungan Non kontrasepsi

Berkurangnya resiko kanker ovarium.

c) Keterbatasan:

(1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisis.

(2) Klien dapat menyesal dikemudian hari.

(3) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).

(4) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.

(5) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).

(6) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

(7) Yang dapat menjalani tubektomi

(a) Usia> 26 tahun

(b) Paritas> 2

(c) Yakin telah mempunyai keluarga besar yang sesuai dengan kehendaknya.
(d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
(e) Pasca persalinan.
(f) Pasca keguguran.
(g) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi

(a) Hamil (sudah terdeteksi tau dicurigai).
(b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
(c) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
(d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
(e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.
(f) Belum memberikan persetujuan tertulis. Waktu dilakukan tubektomi
(g) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
(h) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
(i) Pascapersalinan
(j) Minilap : di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
(k) Laparoskopi : tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.
(l) Pascakeguguran
(m) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoskopi).

(n) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic minilap saja. [31]

9) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk meghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensi (saluran sperma) sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

a) Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi
   (1) Infeksi kulit pada daerah operasi.
   (2) Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien.
   (3) Hidrokel tau varikokel yang besar.
   (4) Hernia inguinalis.
   (5) Massa intraskrotalis.
   (6) Anemia berat, ganguaan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulasi. [31]

b) Konseling, informasi, dan persetujuan tindakan medis**.**
   (1) Klien harus diberi informasi bahwa prosedur vasektomi tidak mengganggu hormon pria atau menyebabkan perubahan kemampuan atau kepuasan seksual.
   (2) Setelah prosedur vasektomi, digunakan salah satu kontrasepsi terpilih hingga spermatozoa yang tersisa dalam vesikulaseminalis telah dikeluarkan seluruhnya secara empiric, sperma-analisis akan menunjukkan hasil negative setelah 15-20 kali ejakulasi.

   Informasi bagi pasien : [31]
   (1) Pertahankan band aid selama3 hari.
   (2) Luka yang sedang dalam penyembuhan dengan ditarik-tarik atau digaruk-garuk.

(3) Boleh mandi setelah 24 jam, asal daerah luka tidak basah. Setelah 3 hari luka boleh dicuci dengan sabun dan air.
(4) Pakailah penunjang skrotum, usahakan daerah operasi kering.
(5) Jika ada nyeri, berikan 1-2 tablet analgetik seperti parasetamol atau ibupropfen setiap 4-5 jam.
(6) Hindari mengangkat barang berat dan kerja keras untuk 3 hari.
(7) Boleh bersenggama sesudah hari ke 2-3. Namun untuk mencegah kehamilan pakailah kondom atau cara kontrasepsi lain selama 3 bulan atau sampai ejakulasi15-20 kali.
(8) Periksa semen 3 bulan pasca vasektomi atau sesudah 15-20 kali ejakulasi.

c) Penilaian klinik

Riwayat sosiomedik yang perlu diketahui dari seorang calon akseptor vasektomi meliputi hal-hal berikut : [31]

(1) Riwayat operasi atau trauma pada region skrotalis atau inguinalis.
(2) Riwayat disfungsi seksual, termasuk impotensi.
(3) Kondisi area skrotalis (ketebalan kulit, perut atau infeksi).
(4) Temuan berupa undesensustestikularis, hidrokel/varikokel, massa intra skrotalis atau hernia inguinalis.
(5) Riwayat alergi.
(6) Adanya protein uria atau diabetes mellitus.
(7) Tempat pelayanan dan petugas pelaksana vasektomi tanpa pisau (VTP)
(8) Tim medis VTP merupakan petugas kesehatanyang dilatih secara khusus untuk melakukan prosedur vasektomi. Di Indonesia, pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang memiliki tim medis VTP merupakan fasilitas kesehatan terdepan yang dapat memberikan pelayanan kontrasepsi

khusus ini. Walaupun prosedur vasektomi merupakan tindakan bedah minor, ketersediaan peralatan dan medika mentosaunt tindakan gawat darurat merupakan syarat mutlak pelayanan. Akses ke fasilitas kesehatan rujukan juga harus tersedia setiap saat.

d) Komplikasi

(1) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama. Prosedur dpt berupa komplikasi akibat reaksi anafilakis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah disekitar venadeferensia.

(2) Komplikasi pasca tindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau absespada testis, atrofitestis, epidedimitis kongestif, atau peradangan kronik granuloma ditempat insisi. Penyulit jangka panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya anti bodi sperma. [31]