

HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**“ASUHAN BERKESINAMBINGAN PADA NY M USIA 33 TH G2P1A0 UK
38*4 MG DENGAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA SPASING KURANG
DARI 2 TAHUN DI NGLEMPONG SURODADI
GIRIKERTO TURI SLEMAN”**

Disusun Oleh:
FELISIANA SRI ASTUTI
P07124522123

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji
Pada tanggal : 03 Mei 2023

SUSUNAN PENGUJI

Pembimbing Klinik
Febri Dwi Kurniawati R. Amd Keb
NIP.199002282012112001

Pembimbing Akademik
Dr. Heni Puji Wahyuningsih, SSi.T, M.Keb
NIP.197501102006042023

Yogyakarta, Mei 2023
Ketua Jurusan

Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.Si.T, M.Keb
NIP.197501102002122002

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Felisiana Sri Astuti

NIM : P07124522123

Tanda Tangan :



Tanggal : 03 Mei 2023

**HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK
KEPENTINGAN PUBLIK**

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Felisiana Sri Astuti

NIM : P07124522123

Program Studi : Pendidikan Profesi

Jurusan : Kebidanan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenke Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non Exclusive Royalti-Free Right*)** atas tugas akhir saya yang berjudul :

**ASUHAN BERKESINAMBINGAN PADA NY M USIA 33 TH G2P1A0 UK
38⁺ 4 MG DENGAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA SPASING KURANG
DARI 2 TAHUN DI NGLEMPONG SURODADI**

GIRIKERTO TURI SLEMAN

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pemcipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Yogyakarta

Tanggal 03 Mei 2023

Yang menyatakan



(Felisiana Sri Astuti)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan komperhensif praktik pendampingan keluarga. Tersusunnya laporan Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care (CoC)* ini tentunya tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Iswanto, S.Pd., M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya praktik Asuhan Kebidanan Pendampingan Keluarga.
2. Dr Heni Puji Wahyuningsih, S.Si.T., M.Keb, selaku ketua jurusan kebidanan dan selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing tersusunnya laporan pendampingan keluarga *CoC* ini, yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya praktik pendampingan keluarga.
3. Munica Rita Hernayanti S.SiT., M.Kes, selaku ketua prodi pendidikan profesi bidan yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya praktik pendampingan keluarga.
4. Febri Dwi Kurniawati R, A.Md.Keb, selaku pembimbing lahan yang telah memberikan arahan serta bimbingan selama praktik pendampingan keluarga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan laporan pendahuluan ini. Oleh sebab itu, menerima segala kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Demikian yang bisa penulis sampaikan, semoga laporan pendahuluan ini dapat menambah khazanah ilmu pengetahuan dan memberikan manfaat nyata untuk masyarakat luas.

Yogyakarta, Mei 2023

Penulis

SINOPSIS

Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. M Umur 33 Tahun G2P1A0 UK 38mg Riwayat Sectio Cesaria, Spasing Kurang dari 2 tahun Di Nglempong Surodadi Girikerto Turi Sleman

Kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya angka kematian ibu dan angka kematian perinatal. Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Upaya yang dapat dilakukan Bidan untuk berkontribusi dalam percepatan penurunan AKI dan AKB yaitu dengan memberikan asuhan komprehensif berupa *Continuity of care (CoC)* yang merupakan asuhan kebidanan kepada ibu dan bayi mulai dari kehamilan sampai keluarga berencana

Menurut penelitian Operasi caesar dikaitkan dengan risiko jangka pendek pada ibu dan bayi, serta komplikasi pada kehamilan berikutnya, meliputi ruptur uteri, plasenta previa, dan perdarahan masif. Risiko komplikasi semakin meningkat pada operasi caesar berulang¹. Salah satu ibu hamil dengan faktor risiko Riwayat section caesaria dengan jarak kurang dari 2 tahun pada Ny M di Puskesmas Turi. Kunjungan ANC yang di lakukan di PMB pada kunjungan pertama pada usia kehamilan 10 mg, jarak kehamilan dari kehamilan yang pertama 13 bln, pada persalinan anak pertama dengan tindakan Sectio Caesar dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan gagal induksi. Ny M belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Ny.M tidak mempunyai Riwayat penyakit maupun Riwayat alergi.

Kesimpulan dari asuhan ibu hamil dengan Riwayat section Caesar jarak kurang dari 2 tahun. Pada kehamilan saat ini dilakukan Tindakan section Caesar yang dilakukan di RS Panti Nugroho pada tanggal 12 Desember 2022 bayi laki laki dengan BBL 3200gr dan Panjang 48cm tidak dilakukan IMD karena ibu mengalami perdarahan setelah Tindakan SC. Ny M dan suami memutuskan menggunakan KB IUD telah terpasang yang bertujuan untuk mengatur kehamilan atau tidak ingin hamil lagi. Saran untuk bidan agar dapat meningkatkan asuhan berkesinambungan dengan cara memantau secara ketat ibu dan bayi sehingga ketika ditemukan komplikasi dapat dilakukan tindakan tepat sesuai prosedur,

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHANiii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN PUBLIK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
SINOPSIS.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	x
LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	7
C. Ruang Lingkup.....	8
D. Manfaat.....	8
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN	10
A. Kajian Teori.....	10
1. Pendampingan Keluarga.....	10
a. Pengertian	10
b. Ciri-Ciri Keluarga.....	13
c. Tipe/Bentuk Keluarga.....	14
2. Kehamilan	19
3. Persalinan	31
4. Penanganan Kasus sesuai Kewenangan Bidan.....	44
5. Manajemen Asuhan Kebidanan Varney	46
a. Pengertian	46
b. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan.....	46
6. Pendokumentasian asuhan kebidanan (SOAP)	48
B. Kajian Kasus	49

BAB III PEMBAHASAN	52
A. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan.....	52
B. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin.....	52
BAB IV PENUTUP	65
PENUTUP.....	65
A. Kesimpulan	65
B. Saran.....	66
LAMPIRAN.....	71

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Kematian Ibu Menurut Kelompok Umur Kabupaten Kota dan Puskesmas Provinsi DIY 2021	3
--	---

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Jumlah Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2018-2021	2
--	---

LAMPIRAN

Lampiran 1. SOAP KASUS COC.....	71
Lampiran 2. Lembar Persetujuan	86
Lampiran 3. Surat Keterangan Telah Menyelesaikan COC.....	87
Lampiran 4. Dokumentasi Foto Pelaksanaan COC.....	88
Lampiran 5. Kartu Skor Poedji Rochjati	93
Lampiran 6. Daftar Hadir Pasien COC	94
Lampiran 7. Jurnal Referensi	95

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelaksanaan upaya kesehatan di berbagai wilayah pada dasarnya diarahkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan yaitu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui peningkatan keterjangkauan (*accessibility*), kemampuan (*affordability*), dan kualitas (*quality*) pelayanan kesehatan sehingga mampu mengantisipasi terhadap terjadinya perubahan, perkembangan, masalah dan tantangan terhadap pembangunan kesehatan itu sendiri

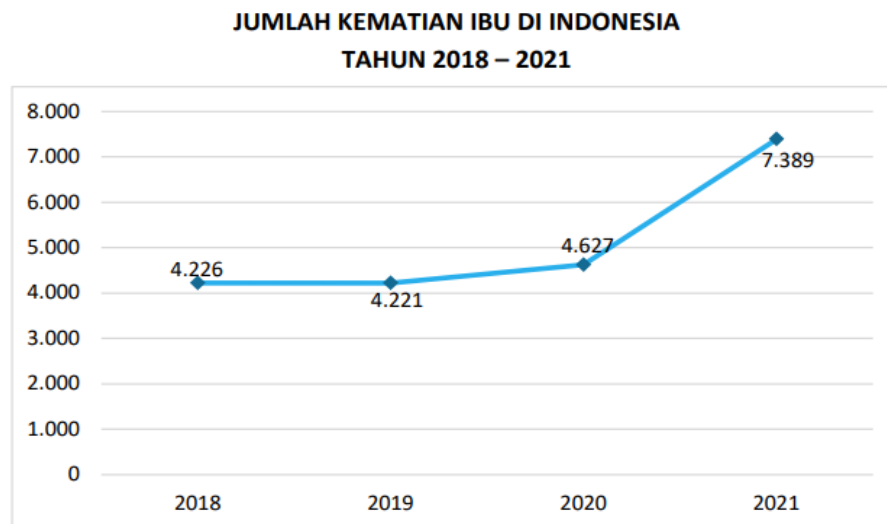
Kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya angka kematian ibu dan angka kematian perinatal. Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain di setiap 100.000 kelahiran hidup³

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi dirangkaian daya rendah dan sebagian besar dapat di cegah (WHO, 2019). Data World Bank mencatat, Indonesia menduduki posisi ketiga AKI tertinggi tahun 2017 dengan 177 kematian per 100 ribu kelahiran. Capaian terburuk berlaku di Myanmar dengan 250 kematian, lalu Laos 185 kematian per 100 ribu penduduk. Sementara Negeri Jiran Malaysia dan Singapura, masing-masing hanya 29 dan 8 kematian per 100 ribu kelahiran. Dari 10 negara ASEAN, baru setengahnya yang melampaui target. Angka kematian ibu (AKI) termasuk di dalam target pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) nomor tiga yaitu Kehidupan Sehat dan Sejahtera. Program yang diusung untuk mewujudkan

SDGs dalam bidang kesehatan adalah Program Indonesia Sehat dengan 3 pilar yakni paradigma sehat, pelayanan kesehatan, dan jaminan kesehatan nasional. Salah satu targetnya adalah mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Indonesia harus bekerja lebih keras untuk mendekati target tersebut⁴.

Pada tahun 2021 jumlah kematian ibu dari hasil pencatatan program Kesehatan keluarga meningkat menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibanding tahun 2020 sebesar 4.627 kematian.

Gambar 1. Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2018 -2021



Sumber: Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2022

Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait Covid-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077. Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana (KB) termasuk KB pasca persalinan.²

Menurut data kesga dinkes DIY menunjukkan bahwa jumlah kematian ibu di DIY tahun 2018 menjadi 36 kasus, di tahun 2019 kasus kematian ibu berada di angka yang sama dengan tahun sebelumnya. Tahun 2020 kembali naik sebesar 40 kasus. Pada tahun 2021 ini kasus kematian ibu kembali mengalami kenaikan yang sangat signifikan menjadi 131 kasus. Dari 131 kasus tersebut, 80 kasus karena terpapar Covid-19 Penyebab kematian ibu yang paling banyak ditemukan di DIY adalah karena Infeksi Covid -19 (80 kasus) Perdarahan (13 kasus), hipertensi dalam kehamilan (9 kasus), gangguan sistem peredaran darah (6 kasus), Lain- lain (23).⁴

Tabel.1 Jumlah Kematian Ibu Menurut Kelompok Umur, Kab/Kota Dan Puskesmas Di.Yogyakarta Tahun 2021

No	KAB/KOTA	JML LAHIR HIDUP	KEMATIAN IBU															
			JUMLAH KEMATIAN IBU HAMIL				JUMLAH KEMATIAN IBU BERSALIN				JUMLAH KEMATIAN IBU NIFAS				JUMLAH KEMATIAN IBU			
			<20 Thn	20-34 Thn	≥35 Thn	Jml	<20 Thn	20-34 Thn	≥35 Thn	Jml	<20 Thn	20-34 Thn	≥35 Thn	Jml	<20 Thn	20-34 Thn	≥35 Thn	Jml
			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Kulon Progo	4.523	0	2	1	3	0	2	0	2	2	1	3	1	5	1	7	2
2	Bantul	11.763	0	8	7	15	0	0	1	1	1	1	17	10	28	1	25	18
3	Gunungkidul	7.161	0	2	4	6	0	0	0	0	0	0	8	2	10	0	10	6
4	Sleman	12.383	0	10	7	17	0	1	3	4	0	0	16	8	24	0	27	18
5	Kota Yogyakarta	2.757	0	4	3	7	0	0	0	0	0	0	7	2	9	0	11	5
JUMLAH (KAB/KOTA)		38.587	0	26	22	48	0	3	4	7	2	51	23	76	2	80	49	131
ANGKA KEMATIAN IBU (DILAPORKAN)																		339

Berdasarkan cakupan kematian ibu hamil pada Kabupaten Sleman yaitu 17 kasus, Kabupaten Bantul 15 kasus. Pada kasus ibu bersalin pada kabupaten Sleman 4 kasus dan kabupaten Kulon Progo 2 kasus. Jumlah kasus Ibu Nifas paling tertinggi pada Kabupaten Bantul 28 kasus dan Kabupaten Sleman 24 kasus. Selain AKI Kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya angka kematian bayi Target SGDs terkait kematian bayi dikhususkan untuk kematian neonatal. Targetnya adalah menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 KH (Kelahiran Hidup) pada tahun 2030. Penyebab tingginya AKI dan AKB di Indonesia dapat terjadi karena beberapa faktor, terutama pada ibu hamil. Beberapa faktor yang menjadi risiko pada ibu hamil dengan anemia, ibu hamil dengan Hipertensi dalam

kehamilan, penyakit jantung, infeksi, gangguan metabolic, gangguan system peredaran darah dan abortus⁴.

Salah satu usaha untuk menurunkan AKI dan AKB di Indonesia yaitu dengan pemberian asuhan secara berkesinambungan atau *Continuity Of Care* (COC). *Continuity of Care* (COC) merupakan model asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien dilakukan secara berkesinambungan. Penggunaan model ini mampu memberikan proses pembelajaran yang unik dimana bidan menjadi lebih memahami tentang filosofi kebidanan⁵. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran, nifas sampai KB⁶.

Asuhan kebidanan yang diberikan secara berkesinambungan dimulai dari kehamilan. Saat masa hamil dilakukan pelayanan antenatal. Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis *obgyn*, dokter umum, bidan dan perawat, dsb). Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1, dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit enam kali sesuai jadwal yang dianjurkan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja ada kurun waktu satu tahun⁷.

Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021, Pada tahun 2021 angka K4 sebesar 88,8%, angka ini meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Peningkatan cakupan K4 dapat dipengaruhi adanya adaptasi baru pada situasi pandemi COVID-19 di tahun 2021, karena pada satu tahun sebelumnya masih banyak pembatasan hampir ke semua layanan rutin termasuk pelayanan kesehatan ibu, seperti ibu hamil menjadi enggan ke

puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya karena takut tertular, adanya anjuran menunda pemeriksaan kehamilan dan kelas ibu hamil, serta adanya ketidak siapan layanan dari segi tenaga dan sarana prasarana termasuk Alat Pelindung Diri (APD) Dilihat dari data yang ada maka peningkatan cakupan K4 diharapkan dapat meningkatkan cakupan persalinan oleh nakes sekaligus menekan angka kematian pada ibu dan bayi.

Asuhan selanjutnya yaitu asuhan berkesinambungan pada persalinan. Berdasarkan data tahun 2021 di Indonesia sebesar 90,9%. Angka ini meningkat dibandingkan tahun 2020 sebesar 86% yang belum mencapai target RENSTRA 2020. Namun demikian, pada tahun 2021 indikator ini telah memenuhi target RENSTRA 2021 sebesar 90,92% terhadap target 89%. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan juga dapat mempengaruhi angka kematian pada ibu, karena apabila ibu bersalin dengan tenaga kesehatan yang tepat maka dapat meminimalkan risiko yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayi.

Asuhan selanjutnya yaitu pada masa nifas 0-6 jam dimana pada waktu ini membutuhkan pemantauan yang intensif selama 2 jam pertama post partum. Pada waktu tersebut, ibu rawan mengalami perdarahan. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai macam hal seperti atonia uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir, dll. Ada beberapa kunjungan yang dapat dilakukan pada masa nifas, yaitu kunjungan satu hingga empat. Kunjungan pada masa nifas berguna untuk memantau kesehatan ibu pasca melahirkan. Menurut data profil kesehatan DIY 2021, Provinsi DIY memiliki jumlah kunjungan ketiga atau KF 3 sebanyak 95,4% sedang kunjungan KF3 di Kabupaten Sleman telah mencapai 96,5%.⁸

Selain pemberian asuhan berkesinambungan pada hamil, persalinan dan nifas maka perlu juga dilakukan asuhan yang berkesinambungan pada bayi baru lahir untuk mencegah kenaikan AKB. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan dilakukan untuk mengurangi resiko tersebut, antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan oleh

tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan neonatus (0-28 hari) minimal tiga kali, satu kali pada usia 0-7 hari (KN 1) dan dua kali pada usia 8 hingga 28 hari (KN3)⁹

Angka kematian ibu dan bayi menjadi indikator kesehatan suatu negara. Selain diturunkan dengan memperhatikan asuhan pada kehamilan, persalinan, nifas dan neonates, terdapat pilar lain yang harus diperhatikan yaitu KB. KB berfungsi untuk mengatur jarak kehamilan, menjarangkan kehamilan sehingga angka kematian pada ibu dan bayi semakin menurun. Semakin banyak pasangan suami-istri menggunakan alat kontrasepsi, semakin banyak pula penurunan angka kematian ibu dan bayi. Selain itu diharapkan para orang tua dapat memiliki lebih banyak waktu atau optimal dalam mengasuh anaknya. Berdasarkan Data yang didapatkan dari Riskesdas tahun 2021, peserta aktif KB di Indonesia berjumlah 57,4 % dengan angka penggunaan kontrasepsi tertinggi adalah KB Suntik 59,9%, Pil 15,8 peserta KB lebih banyak memilih metode kontrasepsi jangka pendek dibandingkan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Jika dilihat dari efektivitas, kedua jenis alat/obat/cara KB ini (suntik dan pil) termasuk Metode Kontrasepsi Jangka Pendek sehingga tingkat efektifitas dalam pengendalian kehamilan lebih rendah dibandingkan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). MKJP merupakan kontrasepsi yang dapat dipakai dalam jangka waktu lama, lebih dari dua tahun, efektif dan efisien untuk tujuan pemakaian menjarangkan kelahiran lebih dari tiga tahun atau mengakhiri kehamilan pada PUS yang sudah tidak ingin menambah anak lagi. Alat/obat/cara KB yang termasuk MKJP yaitu IUD/AKDR, Implan, MOP dan MOW².

Dilihat dari data yang ada, upaya peningkatan kelangsungan dan kualitas ibu dan anak dilakukan dengan pendekatan *Continuety of care* yang menekankan bahwa upaya *promotif* dan *preventif* sama pentingnya dengan upaya *kuratif* dan *rehabilitatif* pada tiap siklus kehidupan pada setiap level pelayanan. *Continuety of care* merupakan pelayanan yang diberikan pada

siklus kehidupan yang dimulai dari prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi, balita, hingga KB¹⁰.

Bidan harus memiliki kualifikasi yang diilhami oleh filosofi asuhan kebidanan yang menekankan asuhannya terhadap perempuan (*women centred care*). Memberikan fasilitas mahasiswa dalam pembelajaran klinik kebidanan yang sejalan dengan filosofi asuhan kebidanan model *Continuity of Care* sangat diperlukan dan disesuaikan baik dari rancangan waktu, pengaturan penempatan siswa, peran pembimbing akademik, peran pembimbing lahan (bidan klinik), tugas mahasiswa, maupun sistem penilaian dan evaluasinya. Dengan demikian menjadi sangat penting mempersiapkan mahasiswa untuk memahami *Continuity of Care* dalam pembelajaran klinik kebidanan

Salah satu cara untuk menurunkan AKI dan AKB bidan perlu melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*) mulai dari masa kehamilan, persalinan, masa nifas, perawatan bayi baru lahir serta melakukan pendokumentasian kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB. Pada tahun 2021 hasil pemantau wilayah setempat (PWS) wilayah kerja Puskesmas Turi melaporkan data jumlah ibu hamil 230 orang terdapat 57,82% merupakan ibu hamil risiko tinggi, ibu hamil dengan Riwayat persalinan SC sebanyak 6,52% dan ibu hamil jarak persalinan kurang dari 2 th ada 5,65% banyaknya angka faktor risiko ini, penulis ingin melakukan asuhan pada Ny M usia 33th, G2P1A uk 38⁺⁴mg dengan Riwayat SC spasing kurang 2th di wilayah kerja Puskesmas Turi Kabupaten Sleman sebagai tempat melaksanakan asuhan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan atau *Continuity of Care* (COC) pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana sesuai dengan manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan pendekatan keluarga.
- b. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin dengan pendekatan keluarga.
- c. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir dengan pendekatan keluarga.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas dengan pendekatan keluarga.
- e. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus dengan pendekatan keluarga.
- f. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada keluarga berencana dengan pendekatan keluarga
- g. Mahasiswa mampu melakukan telaah kasus yang mendalam berdasarkan referensi dari hasil penelitian yang memenuhi *Evidence based practice* melalui *jurnal reading*

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan komprehensif ini adalah pelayanan kebidanan yang berfokus pada masalah kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

- a. Bagi Institusi Pendidikan Program Studi Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta:
- b. Dapat dijadikan masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan agar mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Bidan Puskesmas Turi

Dapat dijadikan bahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis dan asuhan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana yang berkesinambungan atau *Continuity of Care (CoC)*

b. Bagi Pasien

Dapat dijadikan informasi serta meningkatkan pengetahuan klien tentang kehamilan, persalinan, nifas, BBL, dan KB, khususnya mengenai pengetahuan dan penanganan yang dialami oleh ibu. Memberikan motivasi bagi klien, bahwa melakukan pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting khususnya asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas, BBL, dan KB.

BAB II

KAJIAN TEORI DAN KASUS

1. Kajian Teori

1. Pendampingan Keluarga

a. Pengertian

Pendampingan adalah proses pertemuan pertolongan antara pendamping dan orang yang didampingi. Pertemuan itu bertujuan untuk menolong orang yang didampingi agar dapat menghayati keberadaannya dan mengalami pengalamannya secara penuh dan utuh, sehingga dapat menggunakan sumber – sumber yang tersedia untuk berubah, bertumbuh dan berfungsi penuh secara fisik mental spiritual dan sosial. Pendampingan terutama mengacu pada semangat, tindakan memedulikan dan mendampingi secara generik. Biasanya, pendampingan mengacu pada hubungan bantuan psikologis secara informal sebagai lawan pada hubungan bantuan psikologis secara formal dan profesional. Pendampingan bisa dihubungkan dengan sikap dan tindakan yang dilakukan oleh orang yang tidak berprofesi bantuan psikologis secara penuh waktu, namun menginginkan layanannya lebih manusiawi¹¹

b. Tujuan Pendampingan

Tugas utama seorang pendamping adalah membantu orang yang didampingi untuk mengalami pengalamannya secara penuh dan utuh. Dengan demikian pendamping membantu orang yang didampingi merayakan suka dan duka kehidupan secara penuh dan utuh. Adapun beberapa tujuan dari pendampingan itu sendiri adalah

1) Berubah menuju pertumbuhan

Dalam pendampingan, pendampingan secara berkesinambungan memfasilitasi orang yang didampingi menjadi agen perubahan bagi dirinya dan lingkungannya.

2) Mencapai pemahaman diri secara penuh dan utuh

Sebuah perubahan untuk pertumbuhan secara penuh dan utuh adalah mengalami pengalamannya secara penuh dan utuh. Antara lain dengan memahami kekuatan dan kelemahan yang ada dalam dirinya, serta kesempatan dan tantangan yang ada di luar dirinya. Pendamping membantu orang yang didampingi untuk mencapai tingkat kedewasaan dan kepribadian yang penuh dan utuh seperti diharapkan, sehingga tidak memiliki kepribadian yang terpecah lagi dan mampu mengaktualisasikan diri secara lebih maksimal.

3) Belajar berkomunikasi yang lebih sehat

Pendampingan dapat membantu orang untuk menciptakan komunikasi yang sehat. Pendamping dapat dipakai sebagai media pelatihan bagi orang yang didampingi untuk berkomunikasi secara lebih sehat dengan lingkungannya.

4) Berlatih tingkah laku baru yang lebih sehat

Pendampingan dipakai sebagai media untuk menciptakan dan berlatih perilaku baru yang lebih sehat.

5) Belajar mengungkapkan diri secara penuh dan utuh

Melalui pendampingan orang dibantu agar dapat dengan spontan, kreatif, dan efektif mengekspresikan perasaan, keinginan dan aspirasinya

6) Dapat bertahan

Membantu orang agar dapat bertahan pada masa kini, menerima keadaan dengan lapang dada, dan mengatur kembali kehidupannya dengan kondisi yang baru. Hal ini dilakukan bila keadaan orang yang didampingi tidak mungkin dapat kembali pada keadaan semula.

7) Menghilangkan gejala – gejala yang disfungsional

Pendamping membantu orang yang didampingi untuk menghilangkan atau menyembuhkan gejala yang mengganggu

sebagai akibat krisis.

c. Fungsi Pendampingan

Dalam menanggapi keprihatinan itu pada dasarnya pendamping sebagai fasilitator perubahan dalam proses pendampingan yang dapat memfungsikan diri dalam berbagai cara:

1) Menyembuhkan

Fungsi ini dipakai oleh pendamping ketika melihat keadaan yang perlu dikembalikan ke keadaan semula. Hal ini untuk membantu orang yang didampingi menghilangkan gejala atau tingkah laku yang disfungsional.

2) Menopang

Fungsi ini untuk membantu orang yang didampingi menerima keadaan sekarang sebagaimana adanya. Misalnya peristiwa kehilangan seseorang yang dicintainya. Klien dibantu agar tidak larut kedalam halusinasi atau delusi yang berkepanjangan, melainkan dibantu untuk menghilangkan rasa kehilangan dan kedukaannya secara penuh dan utuh sehingga dapat menerima keadaan yang baru.

3) Membimbing

Fungsi membimbing ini dilakukan pada waktu orang harus mengambil keputusan tertentu tentang masa depannya. Dalam hal ini bersama orang yang didampingi melihat segi positif dan negative setiap kemungkinan pemecahan masalah.

4) Memperbaiki hubungan

Fungsi ini dipakai oleh pendamping untuk membantu orang yang didampingi bila mengalami konflik batin dengan pihak lain yang mengakibatkan putusnya atau rusaknya hubungan. Dalam fungsi ini pendamping berperan sebagai mediator atau penengah yang memfasilitasi pihak yang terlibat dalam konflik untuk membicarakannya.

5) Memberdayakan/ memperkuat

Fungsi ini dipakai untuk membantu orang yang didampingi menjadi penolong bagi dirinya sendiri pada masa depan ketika menghadapi kesulitan kembali. Dengan demikian orang yang didampingi diharapkan tidak selalu tergantung pada pertolongan orang lain

2. Konsep Dasar Keluarga

a. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga¹². Keluarga merupakan Lingkungan Sosial yang mempunyai hubungan yang sangat erat dengan seseorang. Dalam keluarga itulah seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi antara satu dengan yang lainnya, terbentuknya nilai-nilai, dan kebiasaan–kebiasaan yang berfungsi sebagai saksi segenap budaya dari luar dan mengakomodir hubungan anak dengan lingkungannya¹³.

U.S Census Bureau 2011 mendefinisikan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang hidup bersama sejak lahir, menikah, atau melalui proses adopsi. Definisi keluarga juga mengacu pada dua atau lebih individu yang bergantung satu sama lain untuk mendapatkan dukungan emosional, fisik, dan ekonomi¹⁴.

b. Ciri-Ciri Keluarga

Menurut pendapat Robert Mac Iver dan Charles Horton, bahwa ciri-ciri suatu keluarga antara lain:¹³

- 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- 2) Keluarga berbentuk suatu kelembangaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.

- 3) Keluarga mempunyai suatu system tata nama (*Nomen Clatur*) dan perhitungan garis keturunan
- 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota – anggota keluarganya yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- 5) Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Ciri –ciri keluarga menurut Friedman & Bowden, (2010) sebagai berikut:^{12,15}

- 1) Terorganisasi, dimana anggota keluarga saling berhubungan dan saling ketergantungan.
- 2) Terdapat keterbatasan, dimana anggota keluarga beba menjalankan fungsi dan tugasnya namun tepat memiliki keterbatasan.
- 3) Terdapat perbedaaan dan kekhususan, setiap anggota keluarga memiliki peranan dan fungsi masing masing.

c. Tipe/Bentuk Keluarga

Gambaran tentang pembagian Tipe Keluarga sangat beraneka ragam, tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan, namun secara umum pembagian Tipe Keluarga dapat dikelompokkan sebagai berikut:^{12,13}

1) Pengelompokan Secara Tradisional

Secara Tradisional, Tipe Keluarga dapat dikelompokkan dalam 2 macam, yaitu:

a) Nuclear Family (Keluarga Inti)

Keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan atay adopsi atau keduanya.

b) Extended Family (Keluarga Besar)

Keluarga ini ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah seperti kakek, nenek, paman , bibi dan sebagainya.

2) Pengelompokan Secara Modern

Dipengaruhi oleh semakin berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualism, maka tipe keluarga Modern dapat dikelompokkan menjadi beberapa macam, diantaranya :

a) Tradisional Nuclear

Keluarga INTI (Ayah, Ibu dan Anak) yang tinggal dalam satu rumah yang ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, dimana salah satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

b) Niddle Age/Aging Couple

Suatu keluarga dimana suami sebagai pencari uang dan istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, sedangkan anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/menikah/meniti karier.

c) Dyadic Nuclear

Suatu keluarga dimana suami-istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satunya bekerja di luar umah.

d) Single Parent

Keluarga yang hanya mempunyai satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau di luar rumah.

e) Dual Carrier

Keluarga dengan suami – istri yang kedua-duanya orang karier dan tanpa memiliki anak.

f) Three Generation

Keluarga yang terdiri atas tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.

g) Comunal

Keluarga yang dalam satu rumah terdiri dari dua pasangan suami istri atau lebih yang monogamy berikut anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

h) Cohibing Couple/Keluarga Kabitas/Cahabitation

Keluarga dengan dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan.

i) Composite /Keluarga Berkomposisi

Sebuah keluarga dengan perkawinan poligami dan hidup/tinggal secara bersama-sama dalam satu rumah.

Gambaran tentang Tipe/Bentuk keluarga tersebut menunjukkan banyaknya jenis/tipe keluarga yang ada disekitar kita, dan hal ini mengharuskan kepada para profesional khususnya dalam bidang kesehatan untuk dapat memahami konteksnya masing-masing dan lebih bersifat toleren dan sensitive terhadap perbedaan gaya hidup dalam memberikan pelayanan.

d. Struktur Keluarga

Struktur sebuah keluarga memberikan gambaran tentang bagaimana suatu keluarga itu melaksanakan fungsinya dalam masyarakat. Adapun macam-macam Struktur Keluarga diantaranya adalah:^{12,13}

1) Patrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2) Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3) Matrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal Bersama keluarga sedarah istri.

4) Patrilocak

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami

5) Keluarga Kawin

Hubungan suami-istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

e. Fungsi Keluarga

Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan oleh keluarga, diantaranya adalah sebagai berikut:^{14,15}

1) Fungsi Afektif

Yaitu fungsi keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarganya dalam berhubungan dengan orang lain.

2) Fungsi Sosialisasi

Fungsi mengembangkan dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3) Fungsi Reproduksi

Fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan

individu dalam meningkatkan penghasilan dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

f. Pemegang kekuasaan dalam keluarga

Terdapat 3 macam tipe pemegang kekuasaan dalam suatu keluarga, yaitu:¹²

- 1) Patriakal: yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ayah.
- 2) Matriakal: yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ibu.
- 3) Equalitarian: yang memegang kekuasaan dalam keluarga adalah ayah dan ibu.

g. Tugas keluarga

Sesuai dengan fungsi kesehatan dalam keluarga, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan. Friedman & Bowden, (2010) membagi tugas keluarga dalam 5 bidang kesehatan yaitu:

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah Kesehatan setiap anggotanya.

Keluarga mampu mengenali perubahan yang dialami oleh anggota keluarga sehingga secara tidak langsung akan menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka keluarga akan segera menyadari dan mencatat kapan dan seberapa besar perubahan tersebut.

- 2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.

Tugas utama keluarga mampu memutuskan dalam menentukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat teratasi. Apabila keluarga memiliki keterbatasan dalam

mengatasi masalah maka keluarga meminta bantuan orang lain disekitarnya.

- 3) Keluarga mampu memberikan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit

Keluarga mampu memberikan pertolongan pertama apabila keluarga memiliki kemampuan dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit atau langsung membawa ke pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan tindakan selanjutnya sehingga masalah terlalu parah.

- 4) Keluarga mampu mempertahankan suasana dirumah

Keluarga mampu mempertahankan suasana dirumah agar dapat memberikan manfaat bagi anggota dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas Kesehatan.

Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan apabila ada anggota keluarga yang sakit.

2. Kehamilan

a. Konsep Dasar Kehamilan

1) Definisi

Kehamilan didefinisikan secara berbeda-beda oleh beberapa ahli, namun pada prinsipnya memiliki inti yang sama. Wiknjosastro mendefinisikan kehamilan sebagai suatu proses yang terjadi antara perpaduan sel sperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT)¹⁶. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun

emosional dari ibu serta perubahan sosial di dalam keluarga. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadangkadang tidak sesuai dengan yang diharapkan¹⁷.

2) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala kehamilan meliputi¹⁶:

1) Tanda tidak pasti kehamilan

a) *Amenore* (tidak datang bulan)

Faktor kondisi kesehatan penyebab hilangnya periode yang paling umum adalah sebuah siklus tidak adanya ovulasi.

b) Perubahan payudara

Nyeri tekan atau kesemutan pada payudara mirip dengan yang dialami pada beberapa wanita sebelum haid yang disebabkan oleh perubahan hormon dalam kehamilan.

c) Mual dan muntah

Pengaruh hormon pada sistem *gastrointestinal* mungkin menyebabkan mual dan muntah (*morning sickness*) yang muncul kira-kira pada minggu kelima atau keenam yang terus berlanjut sampai minggu keempat belas kehamilan.

d) Sering berkemih

Penekanan pada kandung kemih disebabkan oleh awalnya, antefleksi posisi uterus ke arah anterior, dan kemudian pada trimester pertama karena pembesaran uterus menyebabkan peningkatan frekuensi berkemih.

e) Kelelahan yang berlebihan

Kelelahan yang berlebihan dirasakan pada umur kehamilan enam minggu, kelelahan karena sering bangun untuk berkemih akan menjadi masalah kehamilan.

f) Persepsi ibu tentang gerakan janin

Presepsi pertama dari adanya gerakan sering disebut quickening dan dapat digunakan dengan parameter lain untuk menentukan kehamilan.

2) Tanda-tanda dugaan hamil diantaranya:

a) Perubahan Uterus

Uterus membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus disamping itu, serabut-serabut kolagen yang ada menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin.

b) Pada pemeriksaan dalam dijumpai

(1) Tanda Hegar

Pelunakan istmus uterus mempalpasi servik yang kenyal dan istmus yang lunak.

(2) Tanda Piskaseck

Uterus membesar kesalah satu jurusan menonjol jelas kejurusan pembesaran tersebut.

(3) Kontraksi braxton-hicks

Bila terus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas dalam masa hamil.

(4) Teraba Ballotement

Lentingan janin saat di palpasi.

3) Tanda pasti kehamilan

Teridentifikasi bunyi denyut janin yang berbeda dengan denyut jantung ibu.

a) Dirasakan gerakan janin oleh pemeriksaan.

b) Gambaran janin melalui pemeriksaan ultra suara atau teknik radiografi.

3) Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada kehamilan¹⁸

1) *Hiperemesis Gravidarum*

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

2) *Pre-eklamsi*

Pre-eklamsi adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, oedema, dan protein uria yang timbul karena kehamilan.

3) Kekurangan energi kronis (KEK)

Kekurangan energi kronis merupakan suatu penyebab dari ketidakseimbangan antara asupan untuk pemenuhan kebutuhan dan pengeluaran energi.

4) Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan.

5) Kehamilan Ektopik Terganggu

Kelainan letak adalah kehamilan dengan hasil konsepsi berimplantasi di luar endometrium.

6) Kehamilan ganda

Kehamilan ganda adalah kehamilan dua janin atau lebih.

4) Asuhan pada Ibu Hamil

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan) untuk ibu selama masa kehamilannya, sesuai dengan standar minimal pelayanan antenatal yang meliputi 10T¹⁹.

Tujuan asuhan antenatal antara lain:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

2. Konsep Ibu Hamil dengan Risiko Tinggi

a. Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal dan merupakan sebuah keadaan yang dinantikan dari setiap pasangan, tetapi tetap mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi. Setiap wanita hamil mempunyai risiko untuk mendapatkan hal-hal yang merugikan jiwanya maupun janin yang dikandungnya, hanya saja mempunyai derajat risiko yang bervariasi. Faktor risiko ibu hamil adalah kondisi pada ibu hamil/janin yang menyebabkan kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan dengan risiko kematian pada ibu dan bayi. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang kemungkinan dapat menyebabkan terjadinya bahaya atau komplikasi baik terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan persalinan dan nifas normal akibat adanya gangguan/komplikasi kehamilan. Pada kehamilan risiko tinggi terdapat tindakan khusus terhadap ibu dan janin. Tanda kemungkinan kehamilan abnormal atau patologis adalah muntah berlebihan, pada hamil muda mengalami perdarahan, badan panas, dan sakit perut mendadak. Pada kehamilan trimester II dan III ditemukan kontraksi uterus berlebihan, ketuban pecah (mengeluarkan air), perdarahan, gerakan janin berkurang, kehamilan telat waktu, badan panas dan sesak napas, tanda in partu (persalinan prematur dan persalinan aterm)²⁰.

b. Kategori Kehamilan Berisiko

Menurut Poedji Rochyati, dkk kriteria kehamilan risiko tinggi adalah:¹³

- 1) Primipara muda umur kurang dari 16 tahun
- 2) Primipara tua umur diatas 35 tahun
- 3) Primipara sekunder dengan umur anak terkecil di atas 5 tahun
- 4) Tinggi badan kurang dari 145 cm
- 5) Riwayat kehamilan yang buruk:
 - a) Pernah keguguran
 - b) Pernah persalinan prematur, lahir mati.
 - c) Riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vacum,

ekstraksi forceps, operasi seksio sesarea).

- d) Pre-eklampsia dan eklampsia
- e) *Gravida serotinus*
- f) Kehamilan perdarahan antepartum
- g) Kehamilan dengan kelainan letak

Kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

Kehamilan yang termasuk kedalam 4 terlalu:

- 1) Umur ibu terlalu muda (< 20 tahun)

Pada usia ini rahim dan panggul ibu belum berkembang dengan baik dan relatif masih kecil, biologis sudah siap tetapi psikologis belum matang. Sebaiknya tidak hamil pada usia di bawah 20 tahun. Apabila telah menikah pada usia di bawah 20 tahun, gunakanlah salah satu alat/obat kontrasepsi untuk menunda kehamilan anak pertama sampai usia yang ideal untuk hamil.

- 2) Umur ibu terlalu tua (≥ 35 tahun)

Risiko persalinan kembali meningkat setelah umur 30 tahun yaitu risiko terjadinya kematian ibu. Pada usia ini organ kandungan menua, jalan lahir tambah kaku, ada kemungkinan besar ibu hamil mendapat anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Pada umur ≥ 35 tahun kesehatan ibu sudah menurun akibatnya akan beresiko lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama, dan perdarahan. Penyulit lain yang mungkin timbul adalah kelainan letak, plasenta previa, dystocia dan partus lama. Pada proses pembuahan kualitas sel telur juga telah menurun dibandingkan dengan usia reproduksi sehat yaitu usia 20-30 tahun.

- 3) Jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun)

Bila jarak anak terlalu dekat, maka rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik, pada keadaan ini perlu diwaspadai kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama, atau perdarahan.¹⁵

- 4) Jumlah anak terlalu banyak (> 4 anak)

Ibu yang memiliki anak lebih dari 4, apabila terjadi hamil lagi, perlu diwaspadai kemungkinan terjadinya persalinan lama, kelainan letak, persalinan letak lintang, perdarahan pasca persalinan karena semakin banyak anak, rahim ibu makin melemah.

c. Bahaya Kehamilan Risiko Tinggi

Dampak yang dapat ditimbulkan akibat ibu hamil dengan risiko tinggi sendiri dapat berdampak antara lain:

1) Dampak Kehamilan Berisiko bagi Ibu

a) Dampak fisik

Menurut Prawiroharjo, dampak kehamilan berisiko bagi ibu secara fisik adalah sebagai berikut:¹⁵

(1) Keguguran (abortus)

Keguguran merupakan penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup. Keguguran dini terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu dan keguguran tahap lanjut terjadi antara usia kehamilan 12 minggu-20 minggu.

(2) Partus macet

Partus macet merupakan pola persalinan yang abnormal dimana terjadi fase laten dan fase aktif memanjang/melambat bahkan berhenti ditandai dengan berhentinya dilatasi serviks atau penurunan janin secara total atau keduanya.

(3) Perdarahan ante partum dan post partum

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Perdarahan postpartum merupakan perdarahan lebih dari 500-6000 ml dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya perdarahan postpartum dibedakan menjadi dua, yaitu:

(a) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum*)

hemorrhage) terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.

- (b) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) terjadi setelah 24 jam kelahiran, antara hari ke 5 sampai hari ke 25 postpartum.

(4) IUFD

IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*) merupakan kematian janin dalam rahim sebelum terjadi proses persalinan, usia kehamilan 28 minggu keatas atau berat janin 1000 gram dapat juga mengakibatkan kelahiran mati. Ibu yang mengalami kehamilan berisiko menyebabkan meningkatnya faktor risiko terjadinya IUFD. Bila janin dalam kandungan tidak segera dikeluarkan selama lebih dari 4 minggu dapat menyebabkan terjadinya kelainan darah (hipofibrinogemia) yang lebih besar.

(5) Keracunan dalam kehamilan (pre eklamsia) & kejang (eklamsia)

Preeklamsia adalah keracunan pada kehamilan yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan atau bisa juga muncul pada trimester kedua. Preeklamsia serta gangguan tekanan darah lainnya merupakan kasus yang menimpa setidaknya lima hingga delapan persen dari seluruh kehamilan. Dua penyakit ini pun tercatat sebagai penyebab utama kematian serta penyakit pada bayi dan ibu hamil di seluruh dunia. Dan di Indonesia 3 kematian ibu terbesar salah satunya disebabkan oleh preeklamsia/ eklampsia.

b) Dampak psikologis

(1) Kekhawatiran, kecemasan, dan ketakutan

Wanita hamil akan memiliki pikiran yang mengganggu sebagai pengembangan reaksi kecemasan terhadap cerita yang diperolehnya. Kecemasan yang dirasakan umumnya

berkisar pada takut perdarahan, takut bayinya cacat, takut terjadi komplikasi kehamilan, takut sakit saat melahirkan dan takut bila dijahit serta terjadi komplikasi pada saat persalinan, yang dapat menimbulkan kematian, hingga kekhawatiran jika kelak tidak bisa merawat dan membesarkan anak dengan baik.

(2) Sikap *ambivalen*

Sikap *ambivalen* menggambarkan suatu konflik perasaan yang bersifat simultan, seperti cinta dan benci terhadap seseorang, sesuatu atau kondisi. Meskipun sikap ambivalen sebagai respon individu yang normal, tetapi ketika memasuki fase pasca melahirkan bisa membuat masalah baru. Penyebab ambivalensi pada ibu hamil yaitu perubahan kondisi fisik, pengalaman hamil yang buruk, wanita karier, tanggung jawab baru, rasa cemas atas kemampuannya menjadi ibu, keuangan dan sikap penerimaan keluarga terdekatnya.

(3) Stress

Kemungkinan stres yang terjadi pada masa kehamilan trimester pertama bisa berdampak negatif dan positif, dimana kedua stres ini dapat mempengaruhi perilaku ibu. Terkadang stres tersebut bersifat instrinsik dan ekstrinsik. Stres ekstrinsik timbul karena faktor eksternal seperti sakit, kehilangan, kesendirian dan masa reproduksi.¹⁶

2) Dampak Kehamilan Berisiko bagi Janin

Menurut Prawiroharjo, dampak kehamilan berisiko bagi janin adalah sebagai berikut:

a) Bayi lahir belum cukup bulan

Bayi lahir belum cukup bulan dapat disebut bayi preterm maupun bayi prematur. Bayi Preterm merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, tanpa

memperhatikan berat badan lahir. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor maternal seperti toksemia, hipertensi, malnutrisi maupun penyakit penyerta lainnya.

b) Bayi lahir dengan BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir. Penyebab paling besar lahirnya bayi BBLR adalah masalah selama kehamilan pada ibu, dapat berupa penyakit penyerta pada ibu, kurang nutrisi, maupun usia ibu.

d. Pentalaksanaan Kehamilan Berisiko

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan. Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga. Adapun tujuan pengawasan antenatal adalah diketahuinya secara dini keadaan risiko tinggi ibu dan janin sehingga dapat:¹⁷

- 1) Melakukan pengawasan yang lebih intensif
- 2) Memberikan pengobatan sehingga risikonya dapat dikendalikan
- 3) Melakukan rujukan untuk mendapatkan tindakan yang akurat
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu

e. Jarak Kehamilan

1) Pengertian Jarak Kehamilan

- a) Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan.

- b) Jarak adalah ruang sela (panjang jauh) antara dua benda atau tempat.
 - c) Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan yang pertama dengan kehamilan berikutnya.
 - d) Jarak kehamilan merupakan interval antara dua kelahiran yang berurutan dari seorang wanita. Jarak kehamilan yang cenderung singkat dapat menimbulkan beberapa efek negatif baik pada kesehatan wanita tersebut maupun kesehatan bayi yang dikandungnya. Setelah melahirkan, wanita memerlukan waktu yang cukup untuk memulihkan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan serta persalinan selanjutnya.
- 2) Jarak Kehamilan dan kelahiran Ideal disebutkan bahwa besarnya resiko kehamilan dan kelahiran adalah karena jarak kelahiran yang tidak ideal. Dalam hal ini adalah kelahiran yang kurang dari bulan atau lebih dari 59 bulan.
- Terdapat beberapa alasan perlunya jarak kelahiran diantaranya adalah sebagai berikut:
- a) Belum pulihnya kondisi rahim ibu setelah kehamilan sebelumnya.
 - b) Dapat timbulnya beberapa resiko dalam kehamilan, salah satunya adalah anemia.
 - c) Resiko terjadinya pendarahan pasca persalinan.
 - d) Waktu yang disediakan ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang karena harus terbagi.
- 3) Dampak Jarak kehamilan dan kelahiran terlalu dekat

Jarak kelahiran yang ideal adalah lebih dari dua tahun, karena tubuh memerlukan kesempatan untuk memperbaiki persediaan, selain itu pertumbuhan dan perkembangan janin juga akan terhambat jika organ-organ reproduksi terganggu. Dari permasalahan tersebut juga akan muncul beberapa resiko, misalnya

kematian janin saat dilahirkan, plasenta previa, BBLR, dan Kematian di usia bayi.

Selain itu, resiko lain juga dapat terjadi seperti ketuban pecah dini dan prematur karena kesehatan fisik dan rahim ibu masih memerlukan waktu untuk beristirahat. Dalam waktu atau jarak kehamilan yang cukup dekat juga memungkinkan ibu untuk masih menyusui, hal tersebut yang menyebabkan terlepasnya hormon oksitosin yang memicu terjadinya kontraksi. Pada kehamilan terlalu dekat juga dapat menimbulkan resiko terjadinya perlekatan plasenta yang tertanam terlalu dalam (plasenta akreta) hal ini dapat terjadi karena kurangnya nutrisi pada rahim.¹⁸

Resiko yang ditimbulkan oleh jarak kehamilan yang terlalu dekat bukan hanya terjadi pada ibu saja, hal ini juga bisa terjadi pada anak. Alasannya adalah ketika ibu seharusnya masih menyusui dan memberikan perhatian kepada anaknya harus tergantikan dengan perhatiannya terhadap kehamilan barunya. Dengan situasi tersebut, bisa saja terjadi pegabaian pada anak pertamanya baik secara fisik maupun psikis. Hal tersebut menjadi alasan mengapa anak menjadi iri atau cemburu kepada saudara kandungnya, dibuktikan dengan tidak gembiranya kakak terhadap kehadiran adiknya atau bahkan menganggapnya musuh.¹⁹

Angka kehamilan dalam setahun pada wanita subur dengan aktifitas seksual normal berkisar 90 %. Jadi perencanaan kehamilan sangat diperlukan untuk ibu dan juga anak. Jangan sampai si anak merasa dan diperlukan seperti anak yang tidak dikehendaki kehadirannya (Affandi, 2015). Menurut Ammirudin (2017) proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1-3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa

kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat beresiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya²¹.

3. Persalinan

a. Definisi persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).²²

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37–42 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan presentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin.

Persalinan 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.²³

b. Jenis-jenis persalinan:

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir ibu.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang di buat dengan tenaga dari luar misalnya vacum atau tindakan caesaria.

a) Pengertian persalinan *Section caesaria (SC)*

Istilah *Caesar* sendiri berasal dari Bahasa latin *caedere* yang artinya memotong atau menyayat. *Sectio Caesarea* adalah

persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (*laparotomi*) dan sayatan dirahim (*histerotomi*). Persalinan *Sectio Caesarea (SC)* merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding Rahim. Persalinan dengan metode SC dilakukan atas dasar indikasi medis.

b) Indikasi *Section caesaria (SC)*

Ada berbagai alasan mengapa janin tidak bisa, atau tidak boleh dilahirkan melalui vagina. Beberapa dari indikasi ini dianggap tidak fleksibel karena persalinan pervaginam akan berbahaya dalam kasus klinik tertentu. Misalnya, kelahiran sesar sering kali merupakan tatalakasana yang direkomendasikan jika pasien pernah mengalami bekas luka *Caesar* klasik atau sebelumnya terjadi Riwayat *rupture uteri*. Namun, karena potensi komplikasi persalinan sesar, banyak penelitian telah dilakukan untuk mencari cara untuk mengurangi angka operasi sesar²⁴.

(1) Indikasi ibu untuk operasi Caesar yakni sebagai berikut:

- (a) Persalinan caesar sebelumnya.
- (b) Permintaan ibu
- (c) Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvis
- (d) Trauma perineum sebelumnya.
- (e) Sebelumnya operasi rekonstruksi panggul atau anal/rectal
- (f) Herpes simpleks atau infeksi HIV
- (g) Penyakit jantung atau paru
- (h) Aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa.
- (i) Patologi yang membutuhkan pembedahan intraabdominal secara bersama.
- (j) *Caesar perimortem*

(2) Indikasi uterine/ anatomi untuk operasi caesar yakni sebagai berikut²⁴:

- (1) Plasentasi abnormal (seperti *plasenta previa*, *plasenta akreta*)
- (2) *Solusio plasenta*
- (3) Riwayat *histerotomiklasik*
- (4) *Miomektomi* ketebalan penuh sebelumnya
- (5) Riwayat *dehiscence* insisi uterus
- (6) Kanker serviks *invasive*
- (7) *Trakelektomi* sebelumnya
- (8) Massa obtruksi saluran genitalia
- (9) *Cerclage* permanen
- (3) Indikasi janin untuk operasi Caesar yakni sebagai berikut²⁴
 - (1) Status janin tidak menyakinkan (seperti pemeriksaan doppler tali pusat abnormal) atau detak jantung janin yang abnormal.
 - (2) Prolaps tali pusat
 - (3) Gagal melahirkan pervaginam operatif
 - (4) *Malpresentation*
 - (5) *Makrosomia*
 - (6) *Anomali congenital*
 - (7) *Trombositopenia*
 - (8) Trauma kelahiran neonatal sebelumnya

3) Etiologi

Beberapa factor penyebab dilakukan SC sebagai berikut:

a) CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi.

b) KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda- tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu

c) Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara SC. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi

d) Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

e) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

4) Komplikasi *Sectio caesarea*

Komplikasi operasi *sectio caesarea* (SC) atau biasa disebut operasi sesar atau *sectio caesarea*, dapat dibedakan menjadi komplikasi pasca operasi dan komplikasi jangka panjang. Teknik operasi dan indikasi operasi yang baik dapat mengurangi komplikasi akibat SC. Komplikasi SC dapat menyebabkan mortalitas ibu, sehingga perlu diperhatikan. SC juga dapat menyebabkan komplikasi pada *neonatus*, seperti *transient tachypnea of the newborn*.²⁵

a) Komplikasi Jangka Pendek

Komplikasi jangka pendek akibat *sectio caesarea* (SC) dapat terjadi intraoperatif ataupun pasca operasi. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain adalah:

b) Infeksi

Infeksi pasca operasi *SC* paling sering disebabkan oleh *endometritis*, infeksi luka bekas operasi, dan *tromboflebitis* akibat akses intravena. Pemberian profilaksis antibiotik serta teknik operasi yang baik dapat mengurangi infeksi pasca partum pada *SC*. Infeksi juga dapat terjadi akibat pemasangan kateter.

c) Sepsis

Pasien yang mengalami infeksi pasca *SC* juga berisiko mengalami sepsis. Sepsis terjadi pada 6.8%-9.7% pasien dengan luka operasi terinfeksi dan 3.9-18.4% pada pasien *endometritis* pasca operasi. Pemberian antibiotik, drainasi, laparotomi ulang, serta eksplorasi luka dapat dilakukan untuk menangani sepsis pasca *SC*.

d) Perdarahan

Perdarahan merupakan salah satu komplikasi *SC* yang paling sering terjadi. Perdarahan dapat terjadi secara langsung ataupun lambat/*delayed*. Faktor risiko perdarahan pasca *SC* antara lain adalah: *plasenta previa*, *distosia*, perdarahan *ante partum*, *fibroid uterus*, obesitas, pemakaian anestesi umum. Perdarahan umumnya disebabkan karena *atonia uteri*, trauma jaringan, trauma kandung kemih, gangguan koagulasi, atau masalah plasenta. Penanganan akan sangat bergantung dari etiologi perdarahan. Apabila terjadi *atonia uterus*, dapat dilakukan pemijatan uterus, pemberian oksitosin, dan bila diperlukan dapat dilakukan *histerektomi*.

e) Gangguan *Traktus Urinarius*

Masalah *traktus urinarius* yang paling sering terjadi adalah trauma kandung kemih atau trauma *ureter*. Hal ini cukup jarang terjadi, tetapi dapat berakibat fatal. Teknik operasi yang baik dapat mengurangi insidensi terjadinya gangguan traktus urinarius pasca *SC*. Pemasangan kateter juga dapat menyebabkan berbagai komplikasi, seperti *inkontinensia*, *retensio*, infeksi, *hematuria*, dan sebagainya.

f) *Gangguan Traktus Gastrointestinal*

Ileus merupakan komplikasi yang cukup sering terjadi (12%). Ileus pasca SC umumnya berhubungan dengan sindrom *Ogilvie*. Trauma usus juga dapat terjadi, akan tetapi cukup jarang dan lebih sering terjadi intra operasi karena teknik operatif yang kurang baik.

g) *Tromboemboli*

Tromboemboli, terutama *deep vein thrombosis (DVT)* dapat terjadi pasca SC. Risiko *DVT* lebih tinggi 4x lipat pada SC dibandingkan persalinan per vaginam.

h) *Disrupsi Luka*

Disrupsi luka / gagal menutup dapat terjadi pasca SC, terutama pada wanita dengan obesitas, diabetes, insisi vertikal, dan riwayat disrupsi luka. Disrupsi luka juga meningkatkan risiko terjadinya infeksi luka operasi. Operasi ulang untuk menutup luka dapat dilakukan.

i) *Komplikasi Anestesi*

Komplikasi anestesi yang terjadi berbeda-beda tergantung teknik anestesi yang dipilih. Anestesi regional merupakan pilihan yang lebih baik, tetapi tetap dapat menyebabkan komplikasi seperti hematoma, nyeri kepala, nyeri punggung, dan sebagainya.

2) *Komplikasi Jangka Panjang*

Komplikasi jangka panjang *sectio caesarea (SC)* adalah:

a) *Komplikasi luka*

Komplikasi luka yang dapat terjadi antara lain bekas luka insisi keloid.

b) *Adhesi (Perlengketan)*

Adhesi merupakan komplikasi SC yang paling sering terjadi. Risiko seorang wanita mengalami adhesi meningkat seiring dengan bertambahnya operasi SC. Prevalensi adhesi pada SC kedua adalah 12-46% dan pada SC ketiga adalah 26-75%.

c) Ruptur Uteri

Ruptur uteri cukup jarang terjadi pasca SC, namun risikonya meningkat pada wanita-wanita yang menjalani *Trial of Labor After Cesarean (TOLAC)*.

d) *Plasentasi Abnormal*

Wanita yang menjalani SC memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami *plasenta previa*, *plasenta akreta* dan *solusio plasenta* pada kehamilan berikutnya. *Plasenta previa* merupakan komplikasi yang paling sering dengan peningkatan risiko sekitar 3-4x lebih sering.

e) Lainnya

Beberapa komplikasi lain seperti subfertilitas dan kematian janin dalam rahim yang tidak dapat dijelaskan juga dapat terjadi. Akan tetapi, risikonya cukup kecil

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 - 28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri) dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.²⁴

Menurut Tando, Naomy Marie, 2016, tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu:

- 1) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 2) Umur kehamilan 37-40 mg
- 3) Bayi segera menangis
- 4) Bergerak aktif dan warna kulit kemerahan
- 5) Mengisap ASI dengan baik
- 6) Tidak ada cacat bawaan

b. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit

- 2) Suhu terlalu panas ($>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$)
- 3) Kulit berwarna kuning, biru atau pucat, memar
- 4) Hisapan bayi lemah dan memuntahkan apa yang dimakan
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau
- 6) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek atau terdapat lender dan darah pada tinja
- 7) Bayi menggigil atau tangis tidak biasa, lemas, kejang, dan bergerah saat disentuh saja.

c. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan pada neonates sedikitnya 3 kali yaitu:

- 1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:
 - a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - b) Pemeriksaan fisik bayi
 - c) Konseling: jaga kehangatan, pemberian ASI, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
 - a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
 - c) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA.
- 3) Kunjungan Neonatal III (KN3) pada hari ke 8 s/d 28 hari
 Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di puskesmas maupun kunjungan rumah:
 - a) Pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga kebersihan bayi
 - c) Memberitahu tanda bahaya bayi baru lahir

- d) Menjaga kehangatan bayi
- e) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG

5. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik.²⁵

b. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Menurut Risa dan Rika, sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:

1) Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

a) Lokhea rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah berisi darah

segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

c) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d) Lokhea alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

3) Perubahan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

4) Perubahan perineum

Setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

e. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari

keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

f. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} \text{C}$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Denyut nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

c. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum.²⁶

1) Fase Talking In

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase Taking Hold

Fase taking hold adalah fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan marah.

3) Fase Letting Go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya serta kepercayaan dirinya sudah meningkat.

6. Konsep Dasar KB

a. Pengertian

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yang berarti mencegah atau melawan dan “konsepsi” yaitu pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Secara singkat Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini yang dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen. Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual. Pengaturan kehamilan adalah upaya

untuk membantu pasangan suami istri (pasutri) untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak, dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara ,alat dan obat kontrasepsi.²⁷

b. Jenis-jenis Kontrasepsi untuk Ibu Menyusui

Macam-macam kontrasepsi yang tepat bagi ibu menyusui adalah:

1) Metode *Amenorea Laktasi* (MAL)

Merupakan metode yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tamba makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui penuh, belum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan.

2) Kondom

Merupakan jenis alat kontrasepsi untuk menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

3) Suntik progestin

Merupakan alat kontrasepsi yang mengandung Depo Medroksi progesteron Asetat (DMPA) yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intra muscular atau mengandung Depo Noretisteron Enanta (Depo noristeran), yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik intra muscular.²⁸

KB ini sangat efektif, aman, dan dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. KB ini cocok untuk laktasi karena tidak mengganggu produksi ASI. Cara kerja suntikan progestin adalah mecegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

4) Pil progestin

Merupakan alat kontrasepsi berbentuk pil yang mengandung progesteron dan disiapkan untuk ibu yang menyusui. Kontrasepsi ini tidak memberikan efek samping estrogen dan tidak menurunkan produksi ASI.

5) Implant

Merupakan metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun tergantung jenis implant yang digunakan.

6) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan di dalam rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi. Kontrasepsi ini sangat efektif, reversible dan berjangka panjang dapat mencapai 10 tahun.²⁶

4. Penanganan Kasus sesuai Kewenangan Bidan

a. Undang undang No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Pasal 46

(1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

1) pelayanan kesehatan ibu

2) pelayanan kesehatan anak

3) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;

b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 menyebutkan Kewenangan Bidan pada Pasal 19 Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan pada pelayanan kesehatan ibu, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:²⁶ pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud meliputi:²⁶

1) Konseling pada masa sebelum hamil

- 2) Antenatal pada kehamilan normal
- 3) Persalinan normal
- 4) Ibu nifas normal
- 5) Ibu menyusui dan
- 6) Konseling pada masa antara dua kehamilan.

Adapun Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Pasal 2 bahwa program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga terdiri atas 4 (empat) area prioritas yang meliputi:²⁷

- 1) Penurunan angka kematian ibu dan bayi
- 2) Penurunan prevalensi balita pendek (stunting)
- 3) Penanggulangan penyakit menular; dan
- 4) Penanggulangan penyakit tidak menular.

Area prioritas sebagaimana dimaksud dilaksanakan dengan pendekatan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif oleh tenaga kesehatan sesuai kompetensi dan kewenangannya. 12 (dua belas) indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga sebagai berikut:²⁷

- 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB);
- 2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan;
- 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap;
- 4) Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif;
- 5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan;
- 6) Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar;
- 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur;
- 8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
- 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok
- 10) Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);

- 11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih; dan
- 12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

5. Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

a. Pengertian

Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, dimulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.²⁸

b. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Proses Manajemen terdiri dari 7 langkah yaitu:²⁸

1) Langkah I : pengumpulan data dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap. Pada pendampingan keluarga, data yang dikumpulkan antara lain:

- a) Identitas anggota keluarga
- b) Keadaan sosial ekonomi
- c) Keadaan perumahan dan lingkungan pemukiman
- d) Data kesehatan ibu dan anak antara lain:
 - (1) Riwayat kesehatan keluarga
 - (2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas
 - (3) Riwayat KB
 - (4) Riwayat kesehatan bayi dan balita
 - (5) Pemanfaatan fasilitas kesehatan
 - (6) Pengetahuan kesehatan
- e) Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- f) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- g) Meninjau data laboratorium. Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap.

2) Langkah II: interpretasi data dasar/perumusan masalah

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

3) Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial/menentukan prioritas masalah

Langkah ketiga mengidentifikasi masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Pada langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan bidan mengamati klien diharapkan bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada kasus ini masalah potensial yang mungkin terjadi adalah perdarahan.

4) Langkah IV: mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Sehingga bidan perlu mengevaluasi situasi pasien untuk menentukan asuhan yang paling tepat.

5) Langkah V: merencanakan asuhan yang komprehensif atau menyeluruh pada langkah ini, semua keputusan yang dibuat dalam merencanakan suatu asuhan yang komprehensif harus merefleksikan alasan yang benar. Berdasarkan pengetahuan, teori yang up to date serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan wanita tersebut dan apa yang tidak diinginkan (*Plan of Action/POA*).

6) Langkah VI: melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilakukan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, serta bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

7) Langkah VII: evaluasi

Pada langkah ke 7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dianggap efektif, jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

6. Pendokumentasian asuhan kebidanan (SOAP)

- a. Subjektif: Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah pertama.
Objektif: Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah kedua.
- b. Analisa: Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:
Diagnosis atau masalah
 - 1) Antisipasi diagnosis / masalah potensial
 - 2) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi / kolaborasi dan /atau rujukan sebagai langkah II, III,dan IV
- c. Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi ²¹

B. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Wawancara pada keluarga Tn AL.P tanggal 10 Desember 2022, jam 15.00 WIB saat kunjungan kerumah dilakukan anamnesa ke pada Tn AL.P mengenai identitas, jumlah anggota keluarga, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kesehatan keluarga, pola nutrisi, dan pola aktivitas. Dari hasil pengkajian data subjektif diketahui istri Tn AL.P sedang hamil yaitu Ny M. Ny.M usia 33 tahun G2P1A0 usia kehamilan 38⁺⁴ minggu, HPHT 14 Maret 2022 dan HPL 21 Desember 2022 dengan Riwayat persalinan yang pertama dengan tindakan *section caesarea* atas indikasi gagal induksi karena posterm, kehamilan saat ini dengan spasing 13 bulan. Sekarang dalam keadaan sehat, tidak memiliki riwayat penyakit kronis yang menurun, menahun dan menular, Ny. M juga tidak pernah menggunakan NAPZA, tidak merokok tetapi suaminya merokok saat ini, suaminya tidak merokok di depan Ny M, pola nutrisi sehari makan 3x, dengan porsi sedang, terdiri dari centong nasi, 1 potong lauk nabati/hewani, 1 centong sayur dan 1-2 macam buah. Ny. M tidak memiliki pantangan dan alergi terhadap makanan/minuman tertentu. Aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga..

Dari Riwayat hasil pemeriksaan yang tertulis di buku KIA Trimester I melakukan kunjungan 2, trimester ke II ada 2 kali dan trimester ke III sebanyak 7 kali yang dilakukan di PMB dan RS. Dari hasil pemeriksaan mulai ada keluhan pegel dan nyeri pinggang pada trimester III dan dari hasil pemeriksaan tanda vital dari TM I sampai TM III dalam batas normal dan kenaikan berat badan pada sebelum hamil sampai hamil aterm 15kg, diawal kehamilan 37 kg dan saat ini 52 kg, dari hasil pemeriksaan darah dan screening tripel eliminasi hasil HB 12,9g% , Gula darah sewaktu 97 dan HBsAG Negatif, IMS Negatif, HIV Non rektif serta urin protein dan reduksi negative. Riwayat imunisasi TT lengkap TT5. Rencana akan dilakukan *section caesarea* elefatif hari Senin 12 Desember 2022, di RS Panti Nugroho Pakem.

2. Asuhan Persalinan

Pada tanggal 12 Desember 2022 jam 06.00 WIB, ibu melahirkan secara SC di RS Panti Nugroho karena jarak persalinan sebelumnya SC kurang dari 2 tahun. Usia kehamilan saat ini 38 minggu 4 hari, dan oleh dokter yang merawat dilakukan Tindakan persalinan dengan SC karena kondisi ibu saat ini baik dan bayi sudah cukup bulan. Namun menurut dokter yang melakukan Tindakan setelah tindakan operasi ibu mengalami perdarahan menurut penjelasan dokter darah yang dikeluarkan ibu lebih dari 750cc, sehingga bayi tidak dilakukan IMD, namun ibu tidak sampai ditransfusi hanya ditambah cairan infus, dan dari hasil pemeriksaan HB setelah operasi mengalami penurunan HB 8g% ibu mengalami anemi ringan dan terapi yang diberikan oleh dokter pasca persalinan pada saat masih di RS mendapatkan terapi injeksi Cetriaxon diberikan 3 kali, injeksi ketorolac 3 kali dan dilanjutkan terapi peroral Cefixim 2 kali sehari 200 mg, Asammefenamat 500 mg diminum 3 kali sehari, Biosanbe 2 kali sehari, Lactacid 1kali sehari, Vitamin A 100.000 UI diminum 1 kali 24 jam selama 2 hari. Ibu pulang dari RS tgl 13 Desember 2022 dan dianjurkan Kontrol tanggal 17 Desember 2022.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. M lahir tanggal 12 Desember 2022 jam 06.15 WIB dengan tindakan SC di RS Panti Nugroho, Bayi Ny M lahir menangis kua, Gerakan aktif dan kulit kemerahan, Jenis kelamin laki – laki bayi tidak dilakukan IMD karena ibu mengalami perdarahan. Bayi mendapatkan asuhan bayi baru lahir dengan dihangatkan diberikan salep mata dan injeksi vit K 1 di paha kiri, dan imunisasi HB0. Dilakukan observasi setelah penyuntikan keadaan bayi baik dan tidak mengalami komplikasi. Hasil pengukuran : BB 3200 gram, PB 48 cm, LK 33 cm, LD 32 cm LLA 11 cm. Berdasarkan pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Bayi sudah BAK dan BAB setelah kondisi ibu baik dilakukan rawat gabung. Dan pada tgl 13 Desember 2023 bayi sudah diijikan pulang dengan kondisi baik menetek ibu pinter, Suhu 36°C, Nadi 130x/mt, SpO2 98%, Rr 40

x/mt, dan dipesan kunjungan kontrol KN2 tgl 17 Desember 2023 jam 08-12 di Poli anak.

4. Asuhan Kebidanan Nifas

Pasca persalinan secara tindakan SC yang dialami oleh Ny M sudah tertangani dengan baik kondisi perdarahan dapat diatas oleh dokter dan 24 pasca Tindakan ibu sudah di perbolehkan pulang karena ibu sudah bisa mobilisasi dengan baik. Keadaan umum ibu baik namun ASI belum keluar, perdarahan normal, luka jahitan post SC tidak rembes dan ibu sudah BAK, dan diijinkan pulang. Dan di pesan Kontrol Pada saat kunjungan nifas tanggal 27 Desember 2022 di RS tidak dilakukan cek HB, ibu menyampaikan bahwa luka oprasi sudah lumayan baik, sehingga tidak dilakukan pemeriksaan.

Saat melakukan kunjungan tanggal 28 Desember 2022 bidan melakukan cek HB dengan alat essay toch hasil Hb 11,8g%. dan memberikan edukasi kembali macam – macam alat kontrasepsi. Dan ibu dan suami memutuskan untuk menggunakan KB IUD. Dan ibu datang ke PMB pada tanggal 03 Februari 2023 untuk melakukan pemasangan KB IUD Nova T sekalian dilakukan screening Ca servik dengan dilakukan IVA dengan hasil negative.

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada keluarga Bpk AL.P terdapat masalah KIA yaitu ibu hamil yaitu Ny. M usia 33 tahun hamil ke 2 dengan Riwayat persalinan anak pertama dengan tindakan *section sesaria* dengan jarak kehamilan saat ini 13 bulan. Ny M berusia 33 tahun merupakan usia wanita yang dianjurkan untuk hamil karena wanita dengan usia 20-35 tahun usia yang dianjurkan untuk hamil²⁹. Namun dengan jarak kehamilan kurang dari 2 tahun atau jarak kehamilan terlalu dekat memiliki berbagai macam faktor risiko yang mungkin terjadi, yaitu: keguguran, Anemia, Bayi lahir belum waktunya, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan tidak optimal tumbuh kembang balita³⁰. Menurut anjuran yang dikeluarkan Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) jarak kelahiran yang pendek akan menyebabkan seorang ibu belum cukup untuk memulihkan kondisi tubuhnya setelah melahirkan sebelumnya, merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan bayi yang dilahirkan²⁹.

Berdasarkan pengkajian dari data subjektif menyatakan bahwa Ny. M tidak ada masalah pada riwayat penyakit, dan psikologis. Riwayat Obstetri yang dialami yaitu persalinan sebelumnya dengan Tindakan *section sesaria* dengan jarak 13 bulan anak yang pertama lahir tanggal 18 Februari 2021 dari jarak HPM 14 Maret 2022. Menurut skoring Puji Rochyati dalam upaya skrining kehamilan risiko tinggi dengan Riwayat proses persalinan dengan Tindakan SC memiliki skor 8 dan jarak antara kehamilan satu dengan yang lain kurang dari 2 tahun dengan total skor 14 dikategorikan kehamilan resiko sangat tinggi (KRST)³¹. Pada pengkajian data objektif dengan hasil Kesadaran compos mentis, Vital Sign TD: 124/78mmHg, N: 88 x/menit, RR: 20x/menit, T: 36.5°C. BB awal kehamilan: 37 kg, 148 cm. BB saat pemeriksaan: 52 kg. IMT 16,9 kg/m², Lila: 22 cm. Pemeriksaan pada mata konjunctiva merah muda, sklera tidak ikterik, pandangan tidak kabur.

Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia / tidak. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda.²⁴ Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia. Pemeriksaan payudara belum ada pengeluaran kolostrum. Payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu Hasil pemeriksaan abdomen yaitu Leopold 1 TFU: 30cm, teraba bulat tidak melenting kemungkinan bokong janin, Leopold 2 bagian kanan teraba keras seperti papan disimpulkan punggung janin, bagian kiri teraba bagian kecil disimpulkan ekstremitas janin, Leopold 3 teraba bagian keras melenting disimpulkan kepala janin, Leopold 4 divergen disimpulkan kepala sudah masuk PAP. Pada multigravida kepala janin memasuki PAP terjadi pada usia kehamilan 36 minggu¹⁵.

Pemeriksaan DJJ dengan hasil 148x/menit. Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit. TBJ: $(30-12) \times 155 = 2799$ gram. Pada umur kehamilan 38+4 minggu berat janin lebih kurang 2800 gram dan pada umur kehamilan 36-40 minggu berat janin lebih kurang 2500-3000 gram. Pemeriksaan Laboratorium dengan hasil Hb: 12,9 gr/dl. Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya < 11 gram/dL.¹⁷ Pada kehamilan ini Ny.M sudah melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 11 kali baik di PMB maupun di Puskesmas untuk melakukan ANC terpadu, pada awal kunjungan pada saat usia kehamilan 8mg. Kunjungan (K1) berkualitas dilakukan pada Trimester 1 dengan mendapatkan layanan 10T⁷. Pelayanan Ante Natal Care / ANC pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di trimester 1, 1kali ditrimester 2 dan 3 kali ditrimester 3. Dan minimal 2 kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan K1 di trimester 1 dan saat kunjungan K5 di trimester 3⁷. Ibu mengatakan sampai saat ini Gerakan janin aktif dan dalam 12 jam terakhir Gerakan bayi lebih dari 10 kali. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh

aktivitas ibu yang berlebihan sehingga gerakan janin tidak dirasakan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm²². Pada saat kunjungan ANC TM 3 saran dokter perencanaan persalinan akan di rencana tidakan SC, Karena riwayat persalinan yang pertama secara section ceaseare maka untuk persalinan ini kemungkinan akan dilakukan secara SC.

2. Analisa

Hasil pengkajian data subjektif dan objektif dapat ditegaskan diagnose bahwa Ny M usia 33tahun G2P1A) umur kehamilan 38⁺⁴minggu dengan Riwayat SC kurang dari 2 tahun. Bila jarak anak terlalu dekat, maka Rahim dan Kesehatan ibu belum pulih dengan baik, pada keadaan ini perlu diwaspadai kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama atau perdarahan¹⁻³².

3. Penatalaksanaan.

Bidan memberitahu Ny. M berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan, kehamilannya dengan risiko tinggi karena Riwayat persalinan sebelumnya SC dengan jarak kurang dari 2 tahun dengan kehamilan sekarang. Bidan menjelaskan kepada Ny.M bahwa jarak kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) merupakan risiko tinggi kehamilan karena pertumbuhan dan perkembangan janin bisa terhambat, terjadi kematian janin saat dilahirkan, plasenta previa, BBLR dan kematian di usia bayi. Bila jarak antara anak terlalu dekat, maka Rahim dan Kesehatan ibu belum pulih dengan baik, pada keadaan ini perlu diwaspadai kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama atau perdarahan¹, jarak kelahiran yang ideal adalah lebih dari dua tahun, karena tubuh memerlukan kesempatan untuk memperbaiki persediaan, selain itu pertumbuhan dan perkembangan janin juga akan terhambat jika organ-organ reproduksi terganggu. Dari permasalahan tersebut juga akan muncul beberapa resiko misalnya kematian janin saat dilahirkan, plasenta previa, BBLR, dan Kematian di usia bayi²⁹.

Bidan memberitahu ibu bahwa kehamilannya saat ini termasuk kategori berisiko dan memberikan dukungan kepada ibu dan suami untuk tenang serta mempersiapkan persalinan yang sudah direncanakan oleh dokter untuk dilakukan SC. Bidan meminta suami untuk terus memberikan dukungan kepada ibu baik dukungan secara psikologis maupun materi. Dukungan sosial terutama dari suami merupakan faktor utama yang berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan pada ibu hamil dalam menghadapi masa kehamilan sampai persalinan. Beberapa bentuk dukungan suami yang sangat dibutuhkan oleh ibu hamil antara lain, pelayanan yang baik, menyediakan transportasi atau dana untuk biaya konsultasi, dan menemani berkonsultasi ke dokter ataupun bidan sehingga suami dapat mengenali tanda-tanda komplikasi kehamilan dan juga kebutuhan ibu hamil³³.

Bidan memberi KIE tentang alat kontrasepsi. Alat kontrasepsi bertujuan untuk mengatur jarak kehamilan sebagai upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak, dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat dan obat kontrasepsi.³⁹ Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual. Pengaturan kehamilan adalah upaya untuk membantu pasangan suami istri (pasutri) untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak, dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara ,alat dan obat kontrasepsi³⁴.

Bidan memberi KIE tentang macam-macam alat kontrasepsi. Kontrasepsi MKJP dan non MKJP, KB pasca salin, serta alat kontrasepsi yang aman untuk ibu menyusui. Bidan memotivasi ibu untuk memakai KB MKJP seperti IUD atau Implant. Macam-macam kontrasepsi yang tepat bagi ibu menyusui adalah metode amenorea laktasi (MAL), kondom suntik progestin pil progestin, implant, dan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

B. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

1. Pengkajian

Ny. M datang ke RS Panti Nugroho pada tanggal 11 Desember jam 12.00 karena akan dilakukan SC elektif, saat itu usia kehamilan 38⁺⁵mg dan dipersiapkan untuk Tindakan dengan dilakukan pemeriksaan swab antigen untuk screening covid 19, pada masa pandemic Covid 19 masih merupakan kebijakan dalam penatalaksanaan pelayanan setiap pasien dilakukan screening covid 19 sebelum Tindakan operatif maupun pertolongan persalinan di RS³⁵ dan hasilnya negatif untuk pemeriksaan tanda vital semua dalam kondisi normal menurut penjelasan Bidan yang memeriksa.

Tindakan SC dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 jam 06.00 WIB, ibu melahirkan secara SC Indikasi *section sesaria* bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *section sesaria* akan lebih aman bagi ibu, anak atau pun keduanya Persalinan dengan *section sesaria* ditunjukkan dengan indikasi medis tertentu. Indikasi *section sesaria* dari ibu : disproporsi kepala panggul, disfungsi uterus, distosia jaringan lunak, plasenta previa, dan indikasi pada janin : janin besar, gawat janin, dan letak lintang³⁶. Risiko SC dengan jarak kurang 2 tahun.

Pada kasus Ny.M dilakukan tindakan *section sesaria* karena pernah dilakukan *section sesaria*, sehingga mengalami hal yang sama untuk persalinan berikutnya, hal ini mengingat adanya bahaya rupture uteri karena *section sesaria* sebelumnya, akan tetapi Ibu boleh bersalin normal apabila mutlak karena panggul sempit, hal ini sesuai dengan

penelitian¹, akan tetapi mengingat jarak persalinan kurang dari 2 tahun pada Ny M, maka Tindakan *section sesaria* tetap dilakukan.

Pada proses persalinan menurut ibu tidak dilakukan IMD ketika bayi lahir karena ibu mengalami perdarahan menurut penjelasan dokter darah yang keluar lebih dari 750cc. pasca Tindakan dilakukan cek HB hasilnya 8g%. ibu mengalami anemi ringa. Ibu mendapatkan terapi injeksi pasca Tindakan Cetriaxon tiap 8 jam dan Ketorolak tiap 8 jam dilanjutkan terapi per oral Cefixim 2x 200gr, Asammefenamat 3 x500g, laktafit 1 kali dan Biosanbe 2 kali dan Vitamin A 100.000IU diminum 1 kali 24 jam selama 2 hari.

2. Analisa

Hasil pengkajian data subjektif dan obyektif dapat ditegakkan diagnose pada Ny.M usia 33 tahun G2P1A0Ah1 umur kehamilan 38⁺⁵mg dalam persalinan dengan tindakan *section sesaria* karena pernah dilakukan *section sesaria*, sehingga mengalami hal yang sama untuk persalinan berikutnya, hal ini mengingat adanya bahaya rupture uteri karena *section sesaria* sebelumnya, akan tetapi Ibu boleh bersalin normal apabila mutlak karena panggul sempit, hal ini sesuai dengan penelitian¹, akan tetapi mengingat jarak persalinan kurang dari 2 tahun pada Ny M, maka Tindakan *section sesaria* tetap dilakukan

3. Penatalaksanaan

Pertolongan persalinan sesuai dengan tindakan SC oleh tim ruang operasi RS Panti Nugroho. Tindakan SC pada tanggal 11 Desember 2022 pukul 06.00 WIB, bayi lahir pukul 06.15 WIB

C. Asuhan Kebidanan pada Bayi

1. Pengkajian

Dari hasil wawancara dengan Ny. M, bayi lahir dengan tidakan SC hari Senin 12 Desember 2022 jam 06.15 WIB menangis kuat, jenis kelamin laki – laki tidak dilakukan IMD langsung dilakukan perawatan bayi baru

lahir dengan berat badan lahir 3200g. Panjang badan 48cm, LK 33cm, LILA 12cm.

2. Analisa

By. Ny M usia 0 hari cukup masa kehamilan

3. Penatalaksanaan

Bidan melakukan penialan awal pada bayi: bayi lahir cukup bulan, air ketuban jernih, lahir menangis kuat, warna kulit kemerahan. Bidan melakukan asuhan bayi lahir normal dengan menghangatkan bayi dan mengeringkan dengan kain yang kering, melakukan hisap lendir pada mulut dan hidung, menggantikan kain yang basah dengan pakaian bayi yang kering dan melakukan rangsang taktil, pakaian bayi sudah kering. Bayi menangis keras, tonus otot baik, frekuensi nafas dan jantung normal merupakan tanda bayi lahir sehat³⁷.

Bidan memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata bayi. Salep mata diberikan untuk mencegah infeksi mata yang berisi antibiotika profilaksis tetrasiklin 1%. Bidan melakukan penyutikan Vit K di paha kiri IM yang berguna untuk mencegah perdarahan. Vit K sudah diberikan. Semua bayi baru lahir harus diberikan penyuntikan vitamin K1 (*phytomenadione*) 1mg intramuskuler dipaha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh Sebagian bayi baru lahir.

Bidan melakukan penyuntikan HB0 dipaha kanan setelah penyutikan Vit K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

Bidan melakukan pemeriksaan antropometri BB 3200g. PB 48cm, LD 32cm LiLA 12cm. Memberikan tanda identitas gelang bayi dan melakukan pengecapan pada kaki bayi. Bayi sudah diberi identitas.

D. Asuhan kebidanan pada Ibu Nifas

1. Pengkajian

Hasil pengkajian data subjektif, ibu mengatakan masih ada rasa nyeri, lebih sakit dari SC anak pertama, masa nifas adalah masa dimulai

setelah kelahiran plasenta dan berakhir Ketika alat kandungan Kembali semula seperti sebelum hamil, berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyaman³⁸. Proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil yg disebut involusi, perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba tinggi fundus uteri, Pengeluaran darah warna merah coklat tidak banyak. Ganti pembalut 3-4 kali banyaknya $\frac{1}{2}$ pembalut. Pengeluaran cairan dari Rahim selama masa nifas yang disebut lokhea dengan volume yang berbeda dan mempunyai perubahan warna karena proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis rubra, hari pertama sampai ke 4, sanguinolenta hari ke 4 sampai ke 7, serosa hari ke 7 samapi ke 14 dan alba 2-6 minggu post partum.

ASInya baru mulai keluar sedikit namun Ny M tetap memberikan ASI, memberikan ASI kepada bayinya setiap 2 jam atau sesuai keinginan bayi serta Teknik menyusui yang benar akan meningkatkan produksi ASI. Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam anorganik yang sekresi oleh kelenjar mammae ibu, yang berguna sebagai makanan bagi bayinya. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. Menurut Khasanah sebaiknya dalam menyusui bayi tidak dijadwal, sehingga tindakan menyusui bayi dilakukan di setiap saat bayi membutuhkan karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya.⁴⁵ Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya, bayi tidak memiliki pola yang teratur dalam menyusui dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1 sampai 2 minggu kemudian. Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan

menyusui tanpa jadwal, sesuai kebutuhan bayi akan mencegah timbulnya masalah menyusui.²³ Berdasarkan hasil pemeriksaan nifas yang dilakukan Tekanan darah 128/78 mmhg, Nadi 82x/menit, Rr 20x/menit, Tinggi fundus Uteri (TFU) 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus keras. Payudara teraba berisi, ASI keluar.

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan obyektif dapat ditegakkan diagnose bahwa Ny M usia 33 tahun P2A0AH2 nifas normal hari ke 3.

3. Penatalaksanaan

Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi samapi dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik untuk ibu maupun bayinya. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memebrikan asuhan yang adekuat dan tersetandart pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan Riwayat selama kehamilan dan persalinan dan keadaan segeara setelah melahirkan³⁹.

Bidan mengajarkan ibu tentang Teknik menyusui yang benar. Teknik menyusui merupakan cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar.

Bidan memberikan KIE kepada ibu tentang ASI Eksklusif dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Bila bayi tidur lebih dari 2 jam, maka bangunkan bayi untuk minum ASI. ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama. Sebaiknya dalam menyusui bayi tidak dijadwal, sehingga tindakan menyusui bayi dilakukan di setiap saat bayi membutuhkan karena bayi

akan menentukan sendiri kebutuhannya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui tanpa jadwal, sesuai kebutuhan bayi akan mencegah timbulnya masalah menyusui

E. Asuhan kebidanan pada Neonatus

1. Pengakajian

Ny.M mengatakan bayinya sudah pintar menyusu, gerak aktif, sudah BAK dan BAB. Berat badan lahir 3200g Panjang Badan 48cm.

KU baik Composmentis, kulit warna merah, gerak aktif, Tali pusat kering dan belum puput (belum lepas). Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjutan adalah bayi berusia 8-28 hari. Kunjungan neonatus adalah pelayanan Kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal 1 (KN I) pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal 2(KN II) pada hari ke 3-7 hari dan kunjungan neonatal 3 (KN III) pada hari ke 8-28 hari.

2. Analisa

By. Ny M umur 3 hari sehat sesuai masa kehamilan

3. Penatalaksanaan

Bidan menjelaskan kepada ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin atau minimal 2jam sekali untuk memenuhi nutrisi bayi dan menambah asupan makan dengan gizi seimbang mengandung karbohidrat, protein hewani dan nabati, sayur serta buah – buahan. Menu makan seimbang yang dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama minimal adalah 14 gelas (setara 3-4 liter) perhari dan pada 6 bulan ke dua adaah minimal 12 gelas (setara 3liter)⁴⁰

Memberitahu ibu mengenai cara menyusui bayi yang baik dan benar. Cara menyusui yang baik dan benar yaitu ibu ketika menyusui dengan keadaan santai, memegang bayi pada belakang bahu, putar seluruh badan bayi sehingga menghadap ke ibu, dagu bayi menempel pada payudara ibu, kepala dan badan bayi dalam garis lurus, payudara ditopang dengan baik oleh jarijari yang jauh dari puting, mulut bayi terbuka lebar, tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu, telinga bayi berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi, mulut bayi terbuka dengan bibir bawah yang terbuka, bayi menghisap dalam dan perlahan, dan puting susu tidak terasa sakit atau lecet

Memberitahu ibu mengenai cara perawatan tali pusat dengan membersihkan tali pusat terutama bagian pangkal dengan air DTT/air matang menggunakan kassa steril, dan membiarkannya sampai kering terlebih dahulu sebelum mengenakan pakaian, serta pada saat memakaikan popok, ujung atas popok dibawah tali pusat dan menalikan di pinggir. Cara perawatan tali pusat yaitu cukup membersihkan bagian pangkal tali pusat, bukan ujungnya, dibersihkan menggunakan air dan sabun, lalu kering anginkan hingga benar-benar kering. Untuk membersihkan pangkal tali pusat, dengan sedikit diangkat (bukan ditarik). Keuntungan memakaikan popok dengan ujung atas dibawah tali pusat adalah agar tali pusatnya tidak lembab, jika pipis tidak langsung mengenai tali pusat, tetapi ke bagian popok dulu⁴¹.

Memberitahu ibu mengenai tanda bahaya neonatus seperti bayi tidak mau menyusu, adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit. Jika bayi mengalami salah 1 tanda bahaya tersebut ibu dianjurkan untuk segera memeriksakan bayinya ke fasilitas kesehatan. Ibu masih mengingat informasi yang diberikan. Tanda-tanda yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir antara lain pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit, demam ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$), warna kuning (terutama pada 24 jam pertama)/ biru atau pucat/ memar, pemberian makan, hisapan

lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah, tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafsan sulit, tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lender atau darah pada tinja, serta aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa⁴²

F. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian awal yang diperoleh, ibu belum pernah menggunakan kontrasepsi karena takut dan bingung memilih jenis kontrasepsi. Saat ini ibu dan suami sudah sepakat ingin menggunakan KB karena sudah mendapatkan anak ke 2, ibu mengatakan takut melahirkan lagi karena sudah mengalami 2 kali melahirkan dengan SC. Pada saat masih hamil ibu sudah mendapatkan penjelasan tentang macam – macam alat kontrasepsi dan ibu dan suami bersepakat menggunakan IUD karena digunakan dalam waktu yang Panjang, dengan alasan suami kadang sibuk sehingga tidak bisa mengantarkan sewaktu waktu kalau menggunakan KB yang jangka pendek. Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengatur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan⁴³.

Pengkajian tanggal 03 Februari 2023 Ny M datang ke PMB ingin menggunakan KB IUD sejak melahirkan belum pernah digunakan untuk hubungan seks. Keadaan umum baik, Tekanan darah 128/97, Suhu 36² °c, BB 42kg. Insepekulo Vagina – vulva tenang, portio tenang ukuran 7 cm, antefleksi. Dan tidak tampak tanda radang.

2. Analisa

Ny M usia 33tahun P2A0Ah2 akseptor KB baru IUD

3. Penatalaksanaan

Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa saat ini keadaan ibu baik. Dan dapat dilakukan pemasangan IUD, menjelaskan proses pemasangan IUD dan akan dilakukan deteksi dini kanker servik dengan Tindakan mengoleskan asam asetat didaerah portio yaitu pemeriksaan IVA, ibu bersedia dan sebelum Tindakan ibu mengisi dan menyetujui tindakan dengan menandatangani informed consent.

Bidan menjelaskan tentang profil KB IUD dan keuntungan dan kerugiannya. IUD atau *intrauteri device* ada 2 jenis IUD non hormonal dan IUD hormonal.

Ny M akan dilakukan pemasangan IUD non hormonal dengan cara kerja membantu mencegah kehamilan dengan cara menghalangi sel sperma masuk ke dalam saluran antara Rahim dengan tuba falopi (indung telur), sehingga sel sperma tidak bisa bertemu sel telur untuk pembuahan. IUD alat kontrasepsi yang efektif selain implant, efektifitas tinggi yaitu kurang dari 1 orang yang gagal dari 100 akseptor IUD (99% efektif mencegah terjadinya kehamilan). Dapat digunakan selama 8-10 tahun untuk yang jenis Cu T380A untuk Nova T efektifitas 5 tahun setelah pemasangan. IUD bisa dipasang setelah plasenta lahir jika tidak terjadi perdarahan, 48jam pasca persalinan atau 6-8 minggu setelah persalinan. Segera sesudah induksi haid, pasca keguguran spontan atau buatan dengan syarat tidak ada tanda infeksi.

IUD tidak mempengaruhi produksi ASI karena IUD hanya memberikan efek dirahin saja, sehingga tidak mempengaruhi organ lain dari produksi ASI⁴³.

Bidan menjelaskan efek samping nyeri haid, kadang darah haid lebih banyak.

Kerugiannya tidak melindungi dari penyakit IMS dan pelepasannya ibu harus datang ke layanan Kesehatan untuk dilakukan pelepasan oleh tenaga medis yang kompeten (bidan atau Dokter).

Bidan melakukan pemasangan IUD dan melakukan observasi setelah pemasangan. IUD efektif segera setelah pemasangan.

Setelah pemasangan akseptor Kembali kontrol 4-6 minggu atau segera jika ada keluhan

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan komperhensif pada ibu hamil TM III yaitu Ny M dengan Riwayat persalinan *section sesaria* dengan jarak kurang dari 2 tahun dengan pendekatan keluarga secara berkesinambungan.
2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan komperhensif pada ibu bersalin dengan tindakan *section sesaria*.
3. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada komperhensif pada bayi baru lahir cukup bulan dengan pendekatan keluarga.
4. Mahasiswa mampu melakukan Asuhan kebidanan pada komperhensif pada nifas dengan persalinan *section sesaria* dengan pendekatan keluarga.
5. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada komperhensif pada neonatus normal telah mendapatkan imunisasi BCG dan mendapatkan ASI eksklusif dengan pendekatan keluarga.
6. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada komperhensif pada keluarga berencana, yang telah menggunakan alat kontrasepsi sesuai pilihan suami istri yaitu AKDR setelah persalinan dengan pendekatan keluarga.
7. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan di dokumentasikan menggunakan SOAP.
8. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan atau *Continuity of Care (COC)* dilaksanakan berdasarkan telaah kasus yang mendalam berdasarkan referensi dari hasil penelitian yang memenuhi *evidence based practice* melalui jurnal reading, *The effects of birth spacing after cesarea delivery on pregnancy outcome*.

B. Saran

1. Bagi Bidan di Puskesmas Turi

Bidan diharapkan dapat mengembangkan pengetahuan mengenai penatalaksanaan perencanaan di keluarga binaan terutama keluarga dengan kehamilan patologis sesuai prosedur dan SOP yang berlaku.

2. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Mahasiswa diharapkan dapat menerapkan pengetahuan tatalaksana kasus di keluarga dengan kehamilan fisiologis dalam memberikan asuhan kebidanan dengan tepat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Xu Q, Ye L, Wang Q, Xia W, Wei X, Zhou R. The effects of birth spacing after cesarean delivery on pregnancy outcomes : a retrospective cohort study. 2022;1–15.
2. Kementrian Kesehatan Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. Jakarta Indonesia; 2022.
3. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riskesdas 2018. Lap Nas Riskesdas 2018. 2018;53(9):154–65.
4. Yogyakarta DI. Profil kesehatan d.i. yogyakarta tahun 2021. 2021.
5. Rumsarwir M. Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. “M” Usia 42 Tahun G4P3Ab0Ah3 dengan Faktor Risiko Umur > 42 Tahun di Puskesmas Melati II Sleman. Vol. 1, Jurnal Kebidanan. 2018. 1–12 p.
6. Mochtar R. LTA Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N Usia 35 tahun di Kota Balikpapan. 2021;
7. RI MK. PMK No 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil ,persalinan dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi dan pelayanan seksual. 2021. p. 1–184.
8. Dinkes D. Profil Kesehatan DIY 2019. 2019;148:148–62.
9. Kementrian Kesehatan Indonesia dan Kementrian Agama. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. 2016.
10. Kebidanan PS, Pendidikan P, Bidan P. Buku Panduan Stase Continue Of Care & Penulisan Artikel Ilmiah. 2020.
11. Arifiah. Pengaruh Pendampingan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta Barat. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2020.
12. Salabung N, Pertiwi MR, Ifansyah MN, Riskika S, Maurida N, Suhariyati, et al. Keperawatan Keluarga (Family Nurshing). Jawa Tengah: Duta Media Publishing; 2021. 227 p.
13. Setyawan DA. Konsep Dasar Keluarga. 2012.

14. Siregar D, Manurung E indah, Sihombing RM, Pakpahan M, Sitanggung YF, Rumerung CL, et al. Keperawatan Keluarga. Watrianthos R, editor. Yayasan Kita Menulis; 2020. 192 p.
15. Friedman M. Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. 1st ed. Jakarta: EGC; 2010.
16. Walyani ES. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Pustaka Ba. Yogyakarta; 2015.
17. Rukiyah. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan. TIM. Jakarta; 2013.
18. Oktalia J. Kesiapan Ibu Menghadapi Kehamilan dan Faktor Resiko -. 2015;147–59.
19. April A. Pengaruh Edukasi Tanda bahaya kehamilan terhadap kecemasan ibu berbasis Android. 2021;
20. Zulfiana E, Cikmah AM, Latifah U. Peningkatan Pengetahuan Tentang Kesiapan Mental Pada Ibu Hamil Menghadapi Persalinan Saat Pandemi Covid-19 di Posyandu. J Pengabd Masy [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 11];1:75–7. Available from: <http://djournals.com/jpm/article/view/150/110>
21. Prihandini shandra R. Usia reproduksi tidak sehat dan jarak kehamilan yang terlalu dekat meningkatkan kejadian abortus di rumah sakit tentara dokter soedjono magelang. 2016;5(9).
22. Yulizawati, Insani, Aldina, B Sinta, Lusiana, Andriani F. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan. Sidoarjo: Indomedia Pustaka; 2019.
23. Sondakh JJ. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir. Malang: Penerbit Erlangga; 2016.
24. Kim JK, Chang YS, Hwang JH, Lee MH, Park WS. Cesarean section was not associated with mortality or morbidities advantage in very low birth weight infants : a nationwide cohort study. Sci Rep [Internet]. 2021;21–6. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99563-8>
25. Sung S MH. Cesarean Section. 2020;
26. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Praktik Bidan. 2017.
27. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39

- Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
28. Mufdlilah, Hidayat, A Kharimaturrahmah I. Konsep Kebidanan. 1st ed. Nuha Medika; 2012.
 29. BKKBN. Modul pengajaran Mempersiapkan Kehamilan Yang Sehat. BKKBN; 2014.
 30. Taharudin. Tentang Paritas dan Jarak Kehamilan [Internet]. 2012. Available from: <http://taharudin.com/tentang-paritas-dan-jarak-kehamilan.html>
 31. Rochjati P. Skrining Antenatal pada Ibu Hamil. 2013;
 32. Rietveld Anna L.Teunissen, PimW, Kazemien, Brenda M J. DGC. Effect of interpregnancy interval on the success rate of trial of labor after cesarean. 2019;
 33. BKKBN UMM. Modul pengajaran Mempersipakan Kehamilan yang sehat. 2014.
 34. Matahari R, Utami FP. Buku Ajar Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Yogyakarta: Pustaka belajar; 2018.
 35. Kostania G, Damayanti M, Prabasari SN, Ningsih A, Raidanti D, Ivantarina D, et al. Adaptasi Kebiasaan Baru dalam Kebidanan di Era Pandemi Covid 19. Malang: CV Penulis Cerdas Indonesia; 2021.
 36. SR K. Kelainan Lama Kehamilan dalam Obstetri Patologi. Jakarta; 2005.
 37. Usnawati N, Sumaningsih R. Asuhan Persalinan dan Bayi Barulahir. Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Surabaya; 2019.
 38. Wahyuningsih HP. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: PPSDM Kemenkes RI; 2018.
 39. Purwanto septianti triana, muryani rahayu puji teta. Modul Ajar Nifas dan Menyusui. Surabaya: Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Surabaya; 2018.
 40. Fiorent Z, Purba NH, Hartini F, Laga J. Dengan Masalah Menyusui. 2021;2:292–301.
 41. Prawirohardjo S. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2018.

42. Kementrian Kesehatan Indonesia dan Kementrian Agama. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.pdf. Jakarta Indonesia; 2019.
43. Widyaningsih S, Kes M, Nababan L, Kes M. KB dan Pelayanan Kontrasepsi. 2021.

LAMPIRAN 1. SOAP KASUS COC

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

SECTIO CAESARIA SPASING KURANG DARI 2 TAHUN

Tempat : Rumah Bp.Al.P

1. Identitas

Biodata	Istri	Suami
Nama	: Ny. M	Tn. Al.P
Umur	: 33 tahun	32 tahun
Pendidikan	: SMA	S1
Pekerjaan	: IRT	Guru
Agama	: Katholik	Katholik
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia	Jawa/ Indonesia
Alamat	: Nglempung Surodadi	Nglempung Surodadi
	Girikerto Turi	Girikerto Turi

Mahasiswa mengadakan kunjungan rumah keluarga Bp.Al P dalam rangka pendampingan berkesinambungan pada Ny M

Ibu mengatakan baru pulang dari RS Panti Nugroho untuk konsultasi perencanaan persalinan yang akan di rencanakan tanggal 12 Desember 2022

Menarche : 12 tahun **Siklus** : 28 hari

Lama : 6-7 hari Teratur : Teratur
 Sifat Darah : Cair (khas menstruasi) Keluhan : Tidak ada

5. Riwayat Perkawinan

Status pernikahan : Menikah Menikah ke : Pertama
 Lama : 4 tahun Usia menikah pertama kali : 29 tahun

6. Riwayat Obstetri : G₂P₁A₀

Hamil	Persalinan						Nifas		
Ke	Tahun	Umur kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi	JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
1	18-02-2021	38 mg	SC (Gagal Induksi)	SpOG	-	P	3200	-	-
2	Hamil ini				-	-			

7. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB dan ingin menggunakan KB IUD.

8. Riwayat Kehamilan sekarang

a. HPHT : 14 -03-2022 HPL : 21-12-2022

b. ANC pertama usia kehamilan : 10 minggu

c. Kunjungan ANC

- 1) Trimester I : Frekuensi: 2 x
 Tempat : Puskesmas Turi dan PMB Sukismawati
 Oleh : Bidan
 Keluhan : Tidak
 Terapi : Hemafort 1x 1 , Kalsium Lactat 1x1
- 2) Trimester II : Frekuensi: 3x
 Tempat : PMB Sukismawati
 Oleh : Bidan
 Keluhan : Tidak ada
 Terapi : Hemafort 1x1, Kalsium Lactat 1x1

3) Trimester III : Frekuensi: 7 x

Tempat : PMB Sukismawati dan RS Panti Nugroho

Oleh : Bidan

Keluhan : Pegel, Nyeri Pinggang

Terapi : Hemafort 1x1, Kalsium Lactat 1x1

d. Imunisasi TT

TT 5 tahun (tahun 2022 saat hamil yang pertama)

e. Pergerakan Janin dalam 12 jam (dalam sehari)

Lebih dari 10 kali

9. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak sedang/pekerja menderita penyakit jantung, hipertensi, asma, DM, ginjal, TBC, maupun HIV/AIDS

b. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak sedang/pekerja menderita penyakit jantung, hipertensi, asma, DM, ginjal, TBC, maupun HIV/AIDS

c. Riwayat psikologi keluarga

Ibu mengatakan ibu dan keluarga tidak memiliki riwayat gangguan jiwa

d. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak ada riwayat kembar dalam keluarga suami maupun ibu

e. Riwayat Operasi

Ibu mengatakan tidak pernah operasi apapun

f. Riwayat Alergi Obat

Ibu mengatakan tidak mempunyai alergi obat apapun

g. Pola Pemenuhan Kebutuhan sehari-hari

Sebelum Hamil

Setelah Hamil

a. Pola Nutrisi

1) Makan

Frekuensi : 3 x/hari

4-5 x/hari

Porsi	: 1 piring	1 piring
Jenis	: Nasi, sayur, lauk	Nasi, sayur, lauk
Pantangan	: Tidak ada	Tidak ada
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada

2) Minum

Frekuensi	: 5 - 7 x/hari	8 - 9 x/hari
Porsi	: 1 gelas	1 gelas
Jenis	: Air putih, teh	Air putih, susu
Pantangan	: Tidak ada	Tidak ada
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada

b. Pola Eliminasi

1) BAB

Frekuensi	: 1 x/sehari	1 x/hari
Konsistensi	: Lunak	Lunak
Warna	: Kuning	Kecoklatan Hitam
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada

2) BAK

Frekuensi	: 6 -7 x/hari	7 - 8 x/hari
Konsistensi	: Cair	Cair
Warna	: Kuning jernih	Kuning jernih
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada

c. Pola Istirahat

1) Tidur siang

Lama	: 1 jam/hari	1 jam/hari
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada

2) Tidur malam

Lama	: 6-7 jam/hari	5-7 jam/hari
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada

d. *Personal hygiene*

Mandi	: 2 x/sehari	2 x/hari
Ganti pakaian	: 2 x/sehari	2 x/hari
Gosok gigi	: 2x/sehari	2 x/hari
Keramas	: 3 x/minggu	3 x/minggu

e. Pola seksualitas

Frekuensi	: 1-2 x/minggu	1 x/minggu
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada

f. Pola aktivitas (terkait kegiatan fisik, olah raga)

Ibu mengatakan melakukan pekerjaan ibu rumah tangga

11. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan (merokok, minum jamu, minuman beralkohol)

Ibu mengatakan tidak mempunyai kebiasaan yang dapat mengganggu kesehatan seperti merokok, minum jamu, minuman beralkohol.

12. Psikososiospiritual (penerimaan ibu/suami/keluarga terhadap kehamilan, dukungan sosial, perencanaan persalinan, pemberian ASI, perawatan bayi, kegiatan ibadah, kegiatan sosial, dan persiapan keuangan ibu dan keluarga)

Ibu, suami, dan keluarga sangat senang dengan kehamilannya.

Ibu berhubungan baik dengan lingkungan sekitar.

Ibu beragama Katolik dan rajin beribadah

Ibu berencana melahirkan di RS Panti Nugroho

Ibu berencana merawat bayinya sendiri dan akan memberikan ASI eksklusif.

Ibu dan suami sudah mempersiapkan dana untuk persiapan persalinan dan juga menggunakan jaminan BPJS

13. Pengetahuan ibu (tentang kehamilan, persalinan, dan laktasi)

Ibu mengatakan cukup mengetahui tentang kehamilan, persalinan, dan laktasi karena ini merupakan kehamilan ketiga

14. Lingkungan yang berpengaruh (sekitar rumah dan hewan peliharaan)

Ibu mengatakan lingkungan di sekitar rumah bersih dan ibu tidak mempunyai hewan peliharaan apapun.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Status Emosional : Stabil

Vital Sign

Tekanan Darah : 117/82 mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernafasan : 18 x/menit

Suhu : 36,5 °C

Berat badan : 52 kg

Tinggi badan : 148 cm

Lila : 28 cm

IMT : 16.9kg/m²

2. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

a. Bentuk : mesocephal, tidak ada massa/benjolan

b. Warna kulit : sawo matang

2) Rambut

a. Bentuk : Ombak

b. Bau rambut : Tidak berbau

c. Warna rambut : Hitam

3) Muka

a. Bentuk : Oval

b. Edema : Tidak ada

c. Cloasma gravidarum : Tidak ada

4) Mata

a. Kesimetrisan : Simetris

b. Konjungtiva : tidak anemis

c. Sklera : tidak ikterik, bersih, tidak ada sekret

5) Hidung

a. Polip : Tidak ada

b. Infeksi : Tidak ada

c. Serumen : Tidak ada

6) Mulut

- a. Keadaan bibir : Lembab
- b. Keadaan gigi : Tidak ada caries
- c. Keadaan gusi : Tidak ada perdarahan, tidak ada pembengkakan
- d. Keadaan lidah : Bersih

7) Telinga

Tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada penyumbatan serumen, pendengaran aktif

8) Leher

- a. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- b. Tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- c. Tidak ada pembesaran kelenjar parotis
- d. Tidak ada pembesaran vena jugularis

9) Dada

- a. Mengi : Tidak ada
- b. Retraksi dinding dada : Tidak ada

10) Payudara

- a. Simetris : Ya
- b. Hiperpigmentasi : Ya
- c. Massa : Tidak ada
- d. Pembesaran : Ada
- e. Puting susu : Menonjol

11) Abdomen

- a. Bekas luka : Tidak ada
- b. Linea nigra : Tidak ada
- c. Striae gravidarum: Ada

d. Palpasi Leopold

1) Leopold I

TFU pertengahan pusat-px, pada fundus teraba satu bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

2) Leopold II

Bagian kiri ibu teraba memanjang seperti papan, ada tahanan dan keras (punggung)

Bagian kanan ibu teraba kecil-kecil, banyak, (ekstremitas)

3) Leopold III

Bagian terendah janin teraba satu bagian bulat, keras, melenting (kepala), kepala masuk PAP

4) Leopold IV

convergen

e. TFU menurut Mc. Donald : 30 cm, TBJ: 2790 gram

f. Auskultasi DJJ : 148 x/menit, irama teratur kuat

12) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Simetris, tidak ada polidaktili, gerakan aktif, tidak sianosis, tidak edema

b) Ekstremitas bawah

Simetris, tidak ada polidaktili, gerakan aktif, tidak sianosis, tidak edema

13) Genetalia

Tidak ada edema, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini

14) Anus : Tidak ada hemoroid

15) Pemeriksaan panggul (bila perlu) : Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan Penunjang:

a) Hasil Laboratorium:

Darah : Hb : 12,9, HIV (negative), Sifilis (negative), HbSAg (negative), GDP (97 mg/dL)

Urine

Makroskopis

- 1) Warna : Kuning agak keruh
- 2) Urobilinogen : normal
- 3) Red. Glukosa : positif 1
- 4) Bilirubin : negative
- 5) Keton : negative
- 6) Berat jenis : 1015
- 7) Blood : negative
- 8) Ph : 7,5
- 9) Protein : negative
- 10) Nitrit :negative
- 11) Leukosit : negative

Mikroskopis

- 1) Eritrosot : 2 – 4
- 2) Leukosit : 4 – 6
- 3) Epitel : 10 – 15
- 4) Kristal : negative
- 5) Jamur : negative
- 6) Silinder : negative
- 7) Bakteri : negative
- 8) Lainnya : negative

Pemeriksaan lainnya USG tgl 8 /12/2022 TBJ 2800g, Placenta di Fundus Air ketuban Cukup

ANALISA

A. Diagnosa Kebidanan

Seorang ibu Ny. M usia 33 tahun G₂P₁A₀ uk 38⁺⁴ minggu dengan Kehamilan Resiko Tinggi Riwayat SC dan Spacing kurang dari 2 tahun.

DS : Ibu mengatakan berusia 33 tahun

Ibu mengatakan ini kehamilan ini anak ke 2

Ibu mengatakan HPHT tanggal 14-03-2022

DO

KU : baik

Kesadaran: composmentis

Vital sign

Tekanan darah : 117/82 mmHg N : 80 x/menit

S : 36,3°C RR : 20 x/menit

Px. Leopold:

Leopold I : TFU pertengahan pusat-px, teraba bokong di fundus

Leopold II : Punggung kanan

Leopold III : Presentasi kepala

Leopold IV : divergen

DJJ : 128 X/menit, irama teratur, kuat

TFU mc Donald : 30 cm TBJ : 2790 gram

Hb : 12,9

Protein urin : -

B. Masalah: Ibu merasa cemas karena akan sudah direncanakan untuk operasi di hari Senin.

IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Rasa cemas ibu menghadapi persalinan

Gawat janin

ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA

Memberikan support kepada ibu untuk menghadapi persalinan dengan tenang

Memberikan KIE tentang bahaya kehamilan

Melakukan deteksi dini faktor resiko kehamilan dengan Riwayat SC melakukan rujukan dokter di Rumah Sakit

PENATALAKSANAAN

1. Memberi tahu ibu kondisi ibu dan janinnya berdasarkan hasil pemeriksaan.

E. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Memberi penjelasan mengenai nyeri punggung dan pegel yang sering dialami ibu

- E. Ibu mengetahui penyebab keluhan yang dirasakan
3. Memberitahu ibu tentang bahaya kehamilan drisiko tinggi dengan Riwayat SC
- E. Ibu mengetahui tentang risiko kehamilan dengan Riwayat oprasi SC
4. Memberikan KIE kepada ibu tentang jarak kehamilan yang terlalu dekat dan bahanya.
- E. Ibu mengetahui tentang jarak kehamilan terlalu dekat dan bahaya
5. Memberikan KIE kepada ibu tentang metode KB pasca salin dan jenis KB yang bisa dipilih
- E. Ibu mengetahui tentang metode KB pascasalin dan ibu memilih IUD setelah melahirkan
6. Memberikan KIE kepada Ibu dan Suami tentang bahaya merokok, asap rokok bagi ibu dan bayi.
- E. Ibu dan suami mengerti tentang bahaya merokok, asap rokok bagi ibu dan bayina
7. Memberikan KIE tentang persiapan persalinan dengan Tindakan SC
- E. Ibu mengetahui tetang persiapan persalianan denga tidakan SC
8. Memberikan KIE tentang memberikan ASI yang benar dan manfaat ASI eksklusif
- E. Ibu mengerti tentang pemberian ASI yang benar dan manfaat ASI eksklusif
9. Meminta kepada ibu dan suami jika sudah ada Tindakan oleh dokter dan jika sudah pulang dari RS untuk menginformasikan ke bidan.
- E. Ibu akan menginformasikan setelah ada Tindakan oleh dokter dan jika sudah di ijinkan pulang
10. Mendokumentasikan hasil tindakan yang dilakukan

Catatan Perkembangan Persalinan

Pertemuan Kedua melalui WhatsApp Tgl 13 Desember 2022

Melalui WA ibu menyampaikan sudah melahirkan dengan tindakan *Sectio Caesaria* di Rumah Sakit Panti Nugroho pada tanggal 12 Desember 2022 jam 06.00

Bayi lahir tanggal 12 Desember 2022 jam 06.15 WIB jenis kelamin laki-laki BB: 3200 gram, PB:48cm, LK:32cm dengan kondisi baik.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Pertemuan ketiga

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

NY. M USIA 33 TAHUN P2A0Ah2 POST PARTUM SPONTAN HARI KE 3

Tempat Pengkajian: Rumah Ibu

Tanggal/Waktu Pengkajian :14-12-2022/16.00 WIB

Data Subyektif (S)

Ibu mengatakan masih nyeri pada bekas SC ASI baru keluar sedikit

Ibu mengatkan melahirkan anak laki – laki dengan berat badan lahir 3200gr dengan Panjang 48cm. Pada saat melahirkan tidak dilakukan IMD karena ibu mengalami perdarahan menurut penjelasan dokter darah ibu saat itu lebih dari 750cc, sehingga tidak dilakukan IMD. Ketika dilakukan cek HB setelah operasi HB 8g%.

Data Objektif (O)

KU	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
TTV	: TD: 115/79 mmHg RR: 16x/menit N: 80x/menit S: 36,2°C
Kontraksi uterus	: keras
TFU	: 3 jari di bawah pusat
Lochea	: Rubra
Luka oprasi	: tertutup Verban tak tampak ada perdarahan
Data penunjang:	

Therapi:

Cefixim 2x 200mg

Asam mefenamat 2x 500mg

Lactasid 1x1

Biosanbe 2 x 1

Vit A 2x

Analisa (A)

Ny. M usia 33 tahun P2A0Ah2 post partum dengan *section caesarea* hari ke 3 Normal

Penatalaksanaan (P)

1. Memberitahu tentang hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu dalam kondisi baik, ibu mengerti dan mengetahui kondisinya
2. Mengajarkan ibu posisi dan perlekatan yang benar pada saat menyusui. Posisi menyusui yang benar adalah
 - a) Bayi dipegang dengan satu lengan. Kepala bayi diletakkan dekat lengkungan siku ibu, bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - b) Perut bayi menempel ke tubuh ibu.
 - c) Mulut bayi berada di depan puting ibu.
 - d) Lengan yang di bawah merangkul tubuh ibu, jangan berada di antara tubuh ibu dan bayi. Tangan yang di atas boleh dipegang ibu atau diletakkan di atas dada ibu.
 - e) Telinga dan lengan yang di atas berada dalam satu garis lurus.

Perlekatan yang benar adalah:

- a) Daggu menempel ke payudara ibu.
- b) Mulut terbuka lebar.
- c) Sebagian besar areola terutama yang berada di bawah, masuk ke dalam mulut bayi.
- d) Bibir bayi terlipat keluar.
- e) Pipi bayi tidak boleh kempot (karena tidak menghisap, tetapi memerah ASI).

- f) Tidak boleh terdengar bunyi decak, hanya boleh terdengar bunyi menelan.
 - g) Ibu tidak kesakitan.
 - h) Bayi tenang.
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara On demand
 4. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan pada bayinya agar nutrisi bayi baik, ibu mengerti
 5. Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi, makanan yang mengandung protein, vitamin dan mineral, seperti telur, ikan laut, sayur dan sebagainya serta minum air mineral setiap selesai menyusui dan memberikan vitamin A 200.000 IU
 6. Menjelaskan ibu penyebab nyeri pada bekas oprasi sesar
 7. Mengobservasi tanda -tanda infeksi pada luka bekas sesar.
 8. Menjelaskan tanda infelsi pada ibu nifas

Pertemuan Keempat

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

NY. M USIA 33 TAHUN P2A0 POSPARTUM DENGAN SC HARI KE 16

Tempat Pengkajian: Kunjungan Rumah Ny M

Tanggal/Waktu Pengkajian: 28-12-2022/16.00 WIB

Data Subyektif (S)

Ibu melahirkan 16 hari yang lalu, ibu merasa kondisinya membaik. Ibu mengatakan tidak ada keluhan

Data Objektif (O)

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Lampiran 2. Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : M. Sri Widyoningtyas
Umur : 33
Alamat : Nglempon, Girikerto, Turi, Sleman
No Telp/ WA : 085643330466

Menyatakan bahwa saya (~~Setuju/ Tidak Setuju~~)* berpartisipasi menjadi responden dalam kegiatan Praktik Kebidanan Holistik dengan Pendekatan Keluarga oleh mahasiswa Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

Setelah telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah memahami kegiatan yang akan dilakukan. Apabila sewaktu-waktu selama kegiatan saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, saya berhak membatalkan persetujuan ini tanpa dikenakan sanksi apapun dan menyampaikannya kepada mahasiswa yang bersangkutan.

*coret salah satu


Yogyakarta, Desember 2022

Saksi



(AL. Pandu Iswara)

Responden



(M. Sri Widyoningtyas)

Mahasiswa



(Felisiana Sri Astuti)

Lampiran 3. Surat Keterangan Telah Menyelesaikan COC

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama pembimbing Klinik : Febri Dwi Kurniawati,R, Amd.Keb

Instansi : Puskesmas Turi

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Felisiana Sri Astuti

NIM : P7124522123

Prodi : Pendidikan Profesi Bidan

Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktek kebidanan holistic Continuity of Care (COC).

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 10 /12/ 2022 sampai dengan 03 /02/ 2023.

Judul asuhan berkesinambungan Keluarga Bapak A.P pada Ny M usia 33th dengan G2P1A0 uk 38⁺⁺⁴mg Riwayat sectio caesarea spasing kurang dari 2 tahun di Ngempong Surodadi Girikerto Turi Sleman

Dengan surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 03 Maret 2023
Bidan Pembimbing Klinik
Puskesmas Turi



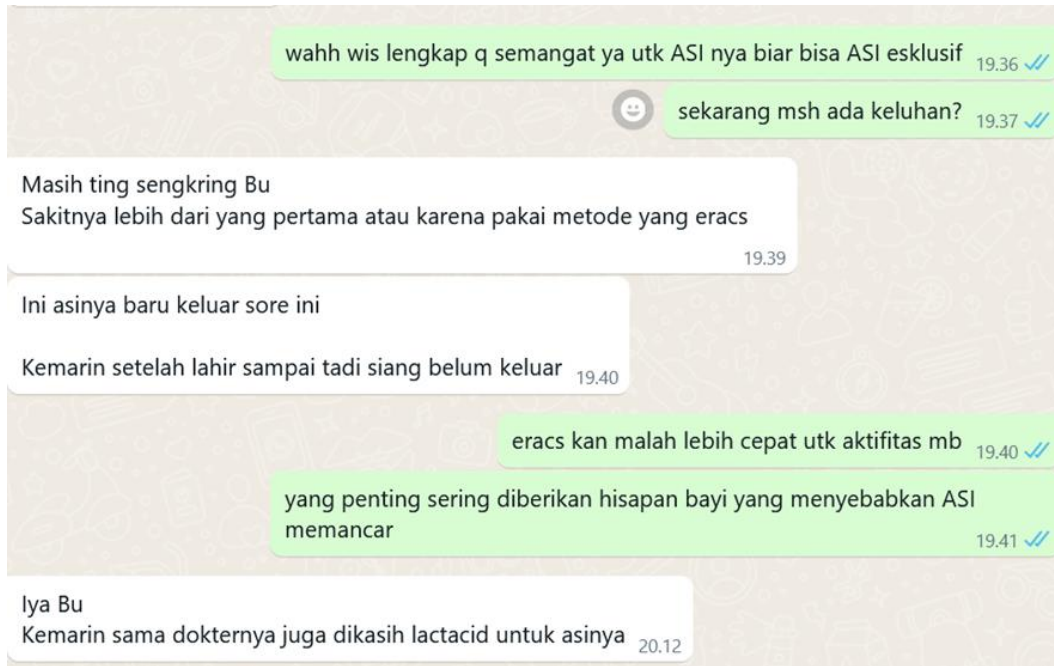
Febri Dwi Kurniawati,R,Amd.Keb
NIP: 199002282012112001

Lampiran 4. Dokumentasi Foto Pelaksanaan COC

Kunjungan Ibu Hamil Resti, Tanggal 10 Desember 2022



Kunjungan melalui WA tgl 14 Desember 2022





Kunjungan tanggal 28 Desember 2022





Lampiran 5. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati

Nama : Ny M
 Tanggal lahir : 29/07/1989
 Tanggal Skrining : 10 Desember 2022


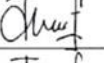
I KEL F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKO R	IV Triwulan		
				I	II	III
I	1	Primigravida <20 Tahun	4	2		
	2	Primigravida ≥35 Tahun	4			
		Terlalu lambat hamil I menikah ≥4 Tahun	4			
	3	Spacing ≥10 Tahun	4			
	4	Spacing ≤ 2 Tahun	4	4		
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4			
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4			
	7	Terlalu pendek ≥145 cm	4			
	8	Pernah gagal kehamilan	4			
	9	Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum b. manual plasenta c. diberi infus/transfuse	4 4 4			
	10	Riwayat operasi sesar	8	8		
II		Penyakit pada ibu hamil a. Anemia b. Malaria, c. TBC Paru d. Penyakit Jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Asma g. Penyakit Menular Seksual h. lain-lain.....	4 4 4 4			
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4			
	13	Hamil kembar	4			
	14	Hydramnion	4			
	15	Bayi mati dalam kandungan	4			
	16	Kehamilan lebih bulan	4			
	17	Letak sungsang	8			
	18	Letak Lintang	8			
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8			
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8			
JUMLAH SKOR				14		

JUMLAH SKOR	KATEGORI	HASIL PENILAIAN IBU
2	KEHAMILAN RESIKO RENDAH	
6-10	KEHAMILAN RESIKO TINGGI	
≥12	KEHAMILAN RESIKO SANGAT TINGGI	14

Lampiran 6. Daftar Hadir Pasien COC

DAFTAR HADIR PASIEN COC

Nama Mahasiswa : Felisiana Sri Astuti
 NIM : P07124522123
 Tempat Praktek : Puskesmas Turi
 Nama Pasien : Marta Sri Widyaningtyas
 Alamat : Nglempung Surodadi Girikerto Turi
 Judul : Asuhan Berkesinambungan pada Ny. M usia 33th
 G2P1A0Ah1 dengan Riwayat SC Kurang dari 2
 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Turi Kabupaten
 Sleman

No	Hari / Tanggal	Tanda Tangan	Keterangan
1	Sabtu, 10/12/22		Asuhan pd kehamilan
2	Rabu, 14/12/22		Kunj Nifas s dan kN
3	, 22/12/22		Kunj Nifas 1 kN
4	, 28/12/22		Kunj Nifas Cek Hb
5	, 22/1/23		Kunj kontrol KB
6	, 03/2/23		Kunj KB

Sleman,
 CI Lahan

(Febri Dwi Kurniawati Rahayu,Amd.Keb)

NIP. 199002282012112001

The effects of birth spacing after cesarean delivery on pregnancy outcomes: a retrospective cohort study

Qin Xu¹, Lei Ye², Qilin Wang¹, Wei Xia¹, Xiaohong Wei¹, and Rong Zhou¹

¹Sichuan University West China Second University Hospital

²Sichuan University West China Hospital

March 30, 2022

Abstract

Objective: To examine the relationship between interpregnancy interval (IPI) after previous cesarean section (CS) and perinatal outcomes. **Design:** Retrospective cohort study. **Setting:** West China Second University Hospital, Sichuan University, China. **Population:** A total of 1854 women with a history of CS who delivered from January 2016 to December 2016. **Methods:** With an IPI of 24-59 months as the reference, the associations between various IPIs (<24, 60-119, and ≥120 months) and perinatal outcomes were examined by multivariate logistic regression analysis with multiple models. **Main outcome measures:** Adverse maternal and fetal outcomes of different IPIs after CS. **Results:** IPI <24 months significantly increased the risk of anemia in late pregnancy (aOR 2.09, 95% CI 1.21-2.62, $p = 0.008$). IPI <24 months was associated with a higher risk for incomplete uterine rupture (OR 1.30, 95% CI 1.05-1.61), IPI ≥60 months was related to a lower risk for incomplete uterine rupture (IPI = 60-119 months: OR 0.77, 95% CI 0.62-0.95; IPI ≥120 months, OR 0.59, 95% CI 0.38-1.08), and women with IPI ≥120 months were more likely to develop gestational hypertension (GHP) ($p = 0.036$) and gestational diabetes mellitus (GDM) ($p = 0.001$). These effects became nonsignificant after adjusting possible confounders. **Conclusion:** IPI <24 months is associated with a higher risk for anemia in late pregnancy. IPI may combine with other factors to affect GHP, GDM, and uterine rupture in the subsequent pregnancy after previous CS. **Funding:** National Natural Science Foundation of China (No. 81571465). **Keywords:** Adverse pregnancy outcomes, Birth spacing, Cesarean delivery.

Introduction

According to the recommendations of the World Health Organization (WHO), the interval from previous live birth and subsequent conception should be a minimum of 2 years, regardless of the previous delivery mode.¹ In 2016, when the universal one-child policy was replaced with the two-child policy, all couples in China were allowed to have a second child.² Because the one-child policy had been in place for 36 years in China, this change was very likely to increase the number of high-risk parturients with typical risk factors such as advanced maternal age (AMA) and a long interpregnancy interval (IPI). Additionally, there has also been a sharp increase in pregnancies with previous cesarean section (CS) due to the high CS rates over recent decades in China.^{3,4} Consequently, it is a great challenge for obstetricians in China to manage the growing number of high-risk parturients with multiple risk factors, such as AMA, a long IPI, and previous CS, which have been demonstrated to increase the risk of adverse pregnancy outcomes, such as uterine rupture,^{5,6} gestational hypertension (GHP),^{7,8} gestational diabetes mellitus (GDM),⁹ preterm delivery, low birth weight (LBW) and neonatal intensive care unit (NICU) admission.¹⁰⁻¹⁵

We performed a preliminary systematic review of the association between IPI and adverse pregnancy outcomes after previous CS and found that pregnancy spacing after previous CS was related to the risk of uterine rupture, the probability of a successful vaginal birth after CS (VBAC), and the risk of placenta previa.¹⁶ However, we cannot conclude the optimal IPI after previous CS because different measurements and categorizations of birth spacing were used in previous studies. Furthermore, 36 years after implementing

have to be carried out to identify candidates for TOLAC and provide intensive prenatal care to guarantee safety during TOLAC. Our previous systematic evaluation found that an IPI of more than 6-8 months after CS can reduce the risk of adverse maternal and neonatal outcomes, which is quite different from the results of this study. Our conclusions regarding a short IPI are based on a small sample size and should thus be interpreted with caution. Given that the WHO recommends an IPI of ≥ 24 months, further studies of a short IPI would have to be in a prospective design.

Interpretation

Because birth spacing might affect maternal health status and nutrient concentrations, it is plausible that the IPI after CS is associated with perinatal outcomes. Some studies have recognized the increased risk of anemia in women with IPIs shorter than 6 to 24 months regardless of a history of CS.²³⁻²⁵ A study found that a short IPI of <18 months after CS was related to a greater risk of anemia.²⁶ Our study indicates that an IPI of <24 months increased the risk of anemia in late pregnancy. Anemia among women with a short IPI is a status of total iron depletion, which is seen to be the consequence of inadequate time from previous delivery to replenish the iron stores.²⁷

Many studies have reported the association between birth spacing and adverse neonatal outcomes,¹⁵ while limited studies have been conducted exclusively for women with a history of a previous CS. A large meta-analysis of multiparous women in 2006 concluded that IPIs of <18 months and of ≥ 60 months had the highest risk for preterm birth.¹⁵ Moreover, Class et al used cousin and sibling comparisons and revealed that an IPI of 60 months or greater had elevated risks for preterm delivery (< 37 weeks).²⁸ Compared with an IPI of 24-59 months, our results implied that the rate of premature delivery before 34 weeks increased in the group of women with an IPI of <24 months and of ≥ 120 months. Due to the substantial growth of parturients with extremely long IPIs after implementation of the revised reproductive policy in China, we separately analyzed the association between adverse perinatal outcomes and IPIs of ≥ 120 months, which was not addressed in the non-Chinese studies. Zhu et al attributed the relationship between long intervals and adverse perinatal outcomes to "physiological regression", the hypothesis being that women's reproductive capacity after delivery physiologically declines and gradually reaches the levels of primigravid women.²⁹ The reason for the lack of an association between a short IPI after previous CS and adverse perinatal outcomes could be the small proportion (7.28%) of short IPIs in this study.

The relationship between IPI after CS and abnormal placental position was reported in two studies, which reported that both were unrelated.^{30,31} Our investigation also indicated no association between abnormal placental position and IPI. The association between a short IPI and an increased risk of inadequate healing of uterine scars has been recognized.³² Although our analysis included maternal age as a potential confounder, we still attribute the association between a long IPI and abnormal placental position to the physiological changes in the uterus in AMA. Several studies have observed an increased occurrence of placenta previa among women with AMA and thought that AMA may lead to compromised uteroplacental blood flow, thus increasing the risk of placental previa.³³⁻³⁵ We found that since only 9 patients were pregnant within 1 year after CS and none of them had abnormal placental positions, there may be a bias.

Our investigation demonstrated that the incidence of GHP and GDM was significantly increased among women with IPIs of ≥ 120 months. Nevertheless, the effect was nonsignificant after adjustment. Hanley et al showed that women with a longer IPI were more likely to develop GDM or GHP,³⁶ but the study took women with multiple pregnancies as its own control, and maternal age increased with increasing IPI. In our study, women with an IPI of ≥ 120 months were significantly older than those in the other three groups, and nearly 80% of these women had a gestational age of over 35 weeks. In addition, overweight and obesity have also been proven to be risk factors for GHP and GDM.^{23,24} However, in our study, there were no significant differences in the proportions of high maternal BMI among the four groups. Therefore, the correlation between GHP, GDM and IPI may be affected by maternal aging.

Repeat CS is acknowledged to increase the risk of maternal complications,³⁷ and TOLAC is an option for women with a scarred uterus. Successful TOLAC can avoid numerous surgery-related morbidities and is

and the analysis used an IPI of 24-59 months as the reference category, as it was the recommended IPI by WHO guidelines.¹ Data analyses were performed using the software package SPSS statistics version 21.0 (SPSS Inc.) A p-value < 0.05 for both sides was considered significant.

Results

A total of 1854 deliveries with a history of CS were reported at West China Second University Hospital (Sichuan University) between January 1, 2016, and December 31, 2016. According to the exclusion criteria, 192 women were excluded: 51 cases without routine antenatal care, 85 cases of multiple pregnancy, 44 cases of fetal malformation, and 12 cases of uterine surgery other than CS. The final sample size for this retrospective cohort study was 1662, and these women were categorized into 4 groups according to different IPIs: 121 women with an IPI of < 24 months, 583 women with an IPI of 24 to 59 months, 712 women with an IPI of 60 to 119 months, and 246 women with an IPI of 120 months or greater (Figure 1).

Maternal characteristics (Table 1)

In the entire cohort, the mean maternal age was 33.3 years (SD 2.9), and women with an IPI of 120 months or greater were significantly older than the other three groups, with a value of 37.1 years (SD 3.0). To test the collinearity of the interpregnancy interval and maternal age, we performed a collinearity diagnostic, which indicated low collinearity between the two factors. Women with an IPI of 120 months or greater had a higher prevalence of gravidity [?] 3 than the other four groups while having a lower prevalence of parity [?] 2 and prior CS [?] 2 and a smaller gestational age at delivery. In addition, significant differences were found among the four groups in terms of the distributions of maternal body mass index (BMI) ($p = 0.005$) and educational status ($p < 0.001$). Women with an IPI of less than 24 months had a history of 2 CSs or more, and among them, the proportion (3.5%) of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET) was higher than the rates among the other three groups. There were no significant differences in the distribution of history of vaginal delivery or in the proportion of pregnant women with chronic hypertension or pregestational diabetes mellitus (PGDM) among the four groups. Only 2.8% ($n = 47$) of women achieved VBAC, and the rates of emergency CS and CS with indications were not different across the four groups.

Univariate analysis of the correlation between IPIs and pregnancy outcomes (Table 2)

Compared with the other three groups, women with an IPI of 120 months or greater had a higher rate of GHP (6.1%, $p < 0.036$) and GDM (34.9%, $p = 0.001$). There were statistically significant differences in the incidence of uterine rupture among the four groups ($p = 0.041$), and the proportion of uterine rupture in women with an IPI of 120 months or greater (4.9%, $n = 12$) was significantly lower than that among women in the other three groups. No significant difference was found across the four groups regarding to maternal outcomes, including anemia, low placenta, placenta previa, pernicious placenta, placenta accreta, placental abruption, PROM, PPH, and hysterectomy. Groups with an IPI of less than 24 months (4.1%, $n = 5$) and an IPI of 120 months or greater (6.1%, $n = 15$) were more likely to deliver before 34 weeks of gestation ($p = 0.002$). Babies in the group of women whose IPI was equal to or greater than 120 months had significantly lower birth weights ($p = 0.017$) and shorter birth lengths ($p = 0.035$) than those in the other three groups. No significant difference was found across the four groups regarding to perinatal outcomes, including low 1-min Apgar score, LBW and admission to the NICU.

Multivariable logistic regression analysis of the associations among anemia, GHP, GDM and IPI (Table 3)

With an IPI of 24-59 months as the reference category, our analysis suggested that an IPI of less than 24 months was related to an increased risk of developing anemia in late pregnancy (adjusted odds ratio (aOR) 2.09, 95% CI 1.21-2.62, $p = 0.008$), while an IPI of 60 to 119 months or 120 months or greater was not associated with anemia in the third trimester (IPI of 60 to 119 months, aOR 1.37, 95% CI 0.94-1.98, $p = 0.098$; IPI of 120 months or greater, aOR 1.39, 95% CI 0.81-12.38, $p = 0.232$). IPIs of less than 24 months, 60 to 119 months, and 120 months or greater had no significant effect on the risk of developing GHP or GDM.

Multivariable logistic regression analysis of the associations between other pregnancy outcomes and IPIs (Tables 4, 5, 6, 7, 8, and 9)

Multivariable logistic regression analysis using an IPI of 24-59 months as the reference category was conducted to examine the associations between different IPIs and adverse perinatal outcomes among 1662 women with previous CS. Model 1 did not adjust for any confounding factors (Table 4), while model 2 adjusted for maternal age, maternal BMI, educational status, assisted reproductive technology (ART), number of previous CSs, previous vaginal delivery and previous emergency CSs (Table 5). In model 1, an IPI of less than 24 months significantly increased the risk of incomplete uterine rupture (OR 1.30, 95% CI 1.05-1.61), while an IPI of 60 to 119 months (OR 0.77, 95% CI 0.62-0.95) and 120 months or greater (OR 0.59, 95% CI 0.38-1.08) significantly reduced the risk of incomplete uterine rupture. In model 2, after adjustments for some confounders, the results suggested that the IPI was not a risk factor for incomplete uterine rupture. In models 1 and 2, we found that IPI had no effect on other adverse perinatal outcomes, including pernicious placenta, abnormal placental position, PROM, PPH, hysterectomy, low 1-min Apgar score, and admission to the NICU.

Studies have confirmed that emergency CS can significantly increase the risk of adverse perinatal outcomes.²² The other four models were established by using multivariable logistic regression analysis to analyze the relationship between the IPI of 552 women with emergency CS and that of 1099 women with elective CS and perinatal outcomes separately. Model 3 did not adjust for any confounding factors in women with emergency CS (Table 6), while model 4 adjusted for maternal age, maternal BMI, educational status, ART, number of previous CSs, and previous vaginal delivery (Table 7). In models 3 and 4, the association between IPI and incomplete uterine rupture among women with emergency CS always remained nonsignificant ($p > 0.05$). Model 5 did not adjust for any confounding factors among women with elective CS (Table 8), while model 6 adjusted for maternal age, maternal BMI, educational status, ART, number of previous cesarean sections, and previous vaginal delivery (Table 9). In model 5, IPI was a risk factor for incomplete uterine rupture ($p = 0.048$). An IPI of less than 24 months significantly increased the risk of incomplete uterine rupture (OR 1.35, 95% CI 1-1.82), and an IPI of 60 to 119 months (OR 0.74, 95% CI 0.55-1) or 120 months or greater (OR 0.55, 95% CI 0.3-0.99) significantly reduced the risk of incomplete uterine rupture. In model 6, after adjustments for some confounders, we found that the IPI of women with a history of selected CS was not a risk factor for incomplete uterine rupture ($p = 0.131$).

Discussion

Main Findings

In our cohort, a shorter IPI of <24 months was associated with a higher risk of anemia in late pregnancy. Shorter or longer IPIs are associated with incomplete uterine rupture. These effects became nonsignificant after controlling for possible confounders. The relationship between incomplete uterine rupture and IPI after previous CS was affected by the type of repeated CS. The incidence of GHP and GDM was significantly increased among women with an IPI of [?]120 months, and the correlation became nonsignificant after adjustment.

Strengths and Limitations

One of the strengths of this study is its focus on the effects of extremely long IPIs, which is in accordance with the current birth policy in China. Our results suggest that shorter and longer IPIs should be a risk factor in subsequent pregnancy for women with a history of CS. In addition, our analysis of the adverse pregnancy outcomes related to IPI is relatively systemic, comprising scar-related morbidities and common pregnancy morbidities.

The main limitation of our study is its retrospective design, which precludes a power analysis. Moreover, the rate of trial of labor after cesarean (TOLAC) was only 2.87% ($n = 47$), and the incidence of uterine rupture may be underestimated. We could not accurately analyze the effects of IPI on the success of VBAC or the risk of uterine rupture for the small proportion of women with TOLAC. A larger, prospective study would

beneficial to subsequent pregnancies. However, failed TOLAC is related to an increased risk of uterine rupture, which is detrimental for both the parturient and the fetus.^{38,39} A systematic study reported that the median incidence of complete uterine rupture was 1% among women with previous CS,⁴⁰ but the range of incidences of incomplete uterine rupture was wide at 2.1%–10.1%.^{41,42} In this study, 8.7% (n = 145) of women were found to have incomplete uterine rupture during the operation, while no complete uterine rupture was reported. Previous studies indicated that the risk of complete uterine rupture increased with AMA, grandmultiparity ([?] 6), an extremely short IPI and macrosomia.^{6,43-45} We found that the IPI of women with a history of emergency CS was not related to the occurrence of uterine rupture, while in the group of women with a history of selected CS, the risk of incomplete uterine rupture decreased in the groups with IPIs of 60–119 months and [?]120 months. Studies have reported a significantly increased risk of uterine rupture during emergency CS, but mothers with elective repeat cesarean section (ERCD) had almost no risk of uterine rupture (0–0.004%).⁴⁴ We assumed that the risk of uterine rupture was underestimated for elective CS, mitigating the risk of uterine rupture.

Conclusion

Our study indicates that an IPI of <24 months is related to a greater risk of anemia in late pregnancy. IPI may synergize with other factors to increase the risk of incomplete uterine rupture. An extremely long IPI of [?]120 months is related to higher risks of GHP and GDM due to increasing maternal age. An optimal IPI and gestational age should be considered for families planning to have a second baby.

Disclosure of interests

None of the authors has a conflict of interest.

Contribution to authorship

R Zhou was involved in the conception and planning of the study, interpretation of the data, and critical revision of the article; Q Xu was involved in carrying out of the study, writing the first draft and critical revision of the article; L Ye was involved in the interpretation of the data, and co-writing of the article; Q-L Wang and W Xia was involved in acquisition, analysis of the data; X-H Wei was involved in analysis of the data and revision of the article.

Details of ethics approval

Ethical approval was obtained from the Research Ethics Committee, Chengdu, China (ref. number 2016-010; date of approval 2016-05-25).

Funding

This work was supported by the National Natural Science Foundation of China (No. 81571465).

Acknowledgments

All the analyses, interpretations and conclusions that were derived from the data source and included in this article are those of the authors. This study was supported by West China Second University Hospital (Sichuan University).

References

1. Marston C. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, World Health Organization WHO. 2006;50(2):137.
2. Xie M, Lao TT, Du M, Sun Q, Qu Z, Ma J, et al. Risk for Cesarean section in women of advanced maternal age under the changed reproductive policy in China: A cohort study in a tertiary hospital in southwestern China. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(9):1866-75.
3. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys.