

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY S  
UMUR 29 TAHUN G3P2Ab0Ah2 DENGAN KEHAMILAN RISIKO  
SANGAT TINGGI DI PUSKESMAS TURI**



**IRMA NURAINI ZULLAIKA**  
**NIM P07124522111**

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN**  
**JURUSAN KEBIDANAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA**  
**TAHUN 2023**

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY S  
UMUR 29 TAHUN G3P2Ab0Ah2 DENGAN KEHAMILAN RISIKO  
SANGAT TINGGI DI PUSKESMAS TURI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Bidan**



**IRMA NURAINI ZULLAIKA**

**NIM P07124522111**

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN**

**JURUSAN KEBIDANAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA**

**TAHUN 2023**

**HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

**"ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY S UMUR 29  
TAHUN G3P2Ab0Ab2 DENGAN KEHAMILAN RISIKO SANGAT  
TINGGI DI PUSKESMAS TURI"**

Disusun Oleh :

**IRMA NURAINI ZULLAIKA**

**NIM P07124522111**

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji

Pada tanggal : 19 April 2023

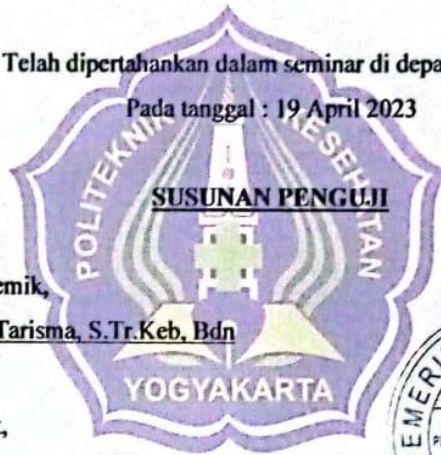
**SUSUNAN PENGUJI**

Penguji Akademik,

Annisa Bekti Tarisma, S.Tr.Keb, Bdn

Penguji Klinik,

Rina Ivanti D.S., A.Md.Keb



Yogyakarta, 19 April 2023

Ketua Jurusan



Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT., M.Keb

NIP. 19751123 200212 2 002

## 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 : Irma Nuraini Zullaika

NIM : P07124522111

Tanda Tangan :



Tanggal

: 19 April 2023

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan tugas akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dengan kehamilan risiko sangat tinggi di Puskesmas Turi” ini dapat selesai tepat pada waktunya. Laporan ini tersusun atas bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu kami mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr.Heni Puji Wahyuningsih,S.SiT.,M.Keb.selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Munica Rita H., S.SiT, Bdn, M.Kes, selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Bidan yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC).
3. Annisa Bekti Tarisma, S.Tr.Keb, Bdn selaku pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan pada Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC).
4. Rina Ivanti D.S.,A.Md.Keb selaku pembimbing lahan yang telah memberikan arahan dan bimbingan pada Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC).
5. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang sudah membantu selama ini.

Akhirnya tidak ada gading yang tidak retak. Kami mohon maaf apabila masih banyak kekurangan dan kesalahan dalam penyusunan laporan pendahuluan ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

Yogyakarta, Maret 2023

Penulis

## **SINOPSIS**

### **ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY S UMUR 29 TAHUN G3P2Ab0Ah2 DENGAN KEHAMILAN RISIKO SANGAT TINGGI DI PUSKESMAS TURI**

Setiap kehamilan mengandung risiko, dimana risiko tersebut akan berdampak pada kesehatan ibu maupun janin. Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Faktor risiko pada ibu hamil bila tidak dideteksi secara dini atau ditidakklanjuti segera dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya bila terjadi komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan.

Ny. S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 selama masa kehamilannya telah melakukan kunjungan ANC secara rutin. Pendampingan yang dilakukan kepada Ny. S ini dilakukan pada trimester III saat usia kehamilan 31 minggu di Puskesmas Turi. Selama masa kehamilan Ny. S tidak mengalami kegawatdaruratan ataupun komplikasi lainnya.

Ny S melahirkan secara SC elektif atas indikasi riwayat SC 2x oleh dokter Sp.OG pada tanggal 09 Februari 2023 di RS Mitra Paramedika. Bayi Ny. S lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB, dengan jenis kelamin perempuan, BB lahir 2.700 gram dan PB 47 cm. Saat lahir By. Ny. S langsung menangis. Tidak ada komplikasi dan kegawatdaruratan yang terjadi pada Ny. S maupun bayinya saat persalinan.

Pada masa neonatus, By. Ny. S sudah melakukan kunjungan neonatus di puskesmas Turi dan selama masa neonatus ini tidak ditemukan adanya kelainan, kegawatan, maupun komplikasi. Pada masa nifas, Ny. S tidak ditemukan masalah. Pada pengkajian tentang penggunaan alat kontrasepsi, Ny S sudah melakukan pemasangan KB IUD Post Plasenta pada 09 Februari 2023 dan tidak ada keluhan.

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan dan Persetujuan.....	ii
Halaman orisinalitas.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Sinopsis.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	viii
Daftar Lampiran.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Manfaat.....	4
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI.....	6
A. Kajian Kasus.....	6
B. Kajian Teori.....	12
BAB III PEMBAHASAN.....	55
A. Asuhan Kebidanan Kehamilan.....	55
B. Asuhan Kebidanan Persalinan.....	58
C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus.....	59
D. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas.....	60
E. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	61
BAB IV PENUTUP.....	64
A. Kesimpulan.....	64
B. Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA.....	66
LAMPIRAN.....	70

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Faktor Risiko pada skor Poedji Rochjati.....	19
Tabel 2. Perubahan Uterus Masa Nifas.....	35
Tabel 3. Perubahan Warna Lochea .....	35
Tabel 4. Nilai APGAR Bayi Baru Lahir .....	45



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan .....	70
Lampiran 2. Dokumentasi Kegiatan .....	84
Lampiran 3. Informed Consent .....	85
Lampiran 4. Surat keterangan selesai COC .....	86
Lampiran 5.Referensi Jurnal Penelitian .....	87

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Angka kematian merupakan indikator keberhasilan sistem pelayanan kesehatan suatu negara. Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) adalah indikator dalam bidang obstetri. Menurut WHO, sekitar 800 wanita meninggal setiap hari disebabkan oleh hal yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Angka Kematian Ibu di Indonesia berdasarkan hasil survei penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, angka kematian ibu adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab AKI dan AKB secara global berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2017 disebabkan karena perdarahan / abortus (25 % biasanya perdarahan pasca persalinan), infeksi / sepsis (15 %), komplikasi abortus (13 %), hipertensi dalam kehamilan ( 12 %) dan sebab – sebab lain (8%).<sup>1</sup>

Menurut Ketua Komite Ilmiah *International Conference on Indonesia Family Planning and Reproductive Health (ICIFPRH)*, hingga tahun 2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ *Sustainable Development Goals (SDGs)*, target AKI adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Untuk mencapai target tersebut diperlukan kerja keras, terlebih jika dibandingkan dengan beberapa negara ASEAN, AKI di Indonesia relatif masih sangat tinggi. AKI di negara-negara ASEAN rata-rata sebesar 40-60 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan, AKI di Singapura sebesar 2-3 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>2</sup>

Penyebab kematian ibu bermacam-macam dan penyebab terbesar adalah perdarahan, sementara itu penyebab lain-lain juga berperan cukup besar dalam menyebabkan kematian ibu. Yang dimaksud penyebab lain-lain ialah penyebab kematian ibu secara tidak langsung, seperti kondisi penyakit, kanker, ginjal, jantung atau penyakit lain yang diderita ibu.<sup>3</sup>

Setiap kehamilan mengandung risiko, dimana risiko tersebut akan berdampak pada kesehatan ibu maupun janin. Faktor risiko pada ibu hamil

dikelompokkan berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Adanya Potensi Gawat Obstetrik (APGO) merupakan salah satu kelompok risiko yang terdiri dari 10 faktor yaitu: 7 terlalu, 3 pernah. Sepuluh faktor APGO terdiri : 1) Primi muda; 2) Primi Tua; 3) Primi tua sekunder; 4) Anak terkecil < 2 tahun; 5) Grande multi; 6) Umur  $\geq$  35 tahun; 7) Tinggi badan  $\leq$  145 cm; 8) Pernah gagal kehamilan; 9) Pernah melahirkan dengan tindakan; 10) Pernah operasi sesar.<sup>4</sup> Faktor risiko pada ibu hamil bila tidak dideteksi secara dini atau ditidakklanjuti segera dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya bila terjadi komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/ bayinya.

Sleman merupakan salah satu kabupaten yang berada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, diman jumlah kematian ibu pada tahun 2018 sebanyak 7 kasus, tahun 2019 sebanyak 8 kasus, tahun 2020 sebanyak 8 kasus, tahun 2021 sebanyak 45 kasus dan pada tahun 2022 menduduki peringkat kedua Angka Kematian Ibu di DIY yaitu sejumlah 11 kasus. Dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan Ibu dan anak, Kabupaten Sleman memiliki 25 Puskesmas, dengan 14 Puskesmas rawat jalan dan 10 Puskesmas rawat inap. Salah satunya Puskesmas Turi. Puskesmas Turi memiliki cakupan wilayah kerja Donokerto, Bangunkerto, Wonokerto, dan Girikerto. Dalam kasus rujukan risti maternal selama tahun 2022 Puskesmas Turi memiliki 17 kasus.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan. *Continuity of Care* merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh di mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi

pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.<sup>5</sup> Dalam program pemerintah yaitu mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga berencana, mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan dengan prinsip bersih dan aman, mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetrik, neonatal esensial dasar dan komprehensif.<sup>6</sup>

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dengan kehamilan risiko sangat tinggi di Puskesmas Turi?. Asuhan ini diberikan kepada Ny. S mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan pelayanan KB sehingga diharapkan tidak terjadi komplikasi selama masa tersebut.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*) pada ibu hamil di masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan serta mendokumentasikan hasil asuhannya.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa dapat melaksanakan pengkajian pada kasus Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dari masa hamil, bersalin, BBL, nifas, dan keluarga berencana secara *Continuity of Care*

- b. Mahasiswa dapat mengidentifikasi diagnosa/masalah kebidanan berdasarkan data subyektif dan data obyektif pada kasus Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dari masa hamil, bersalin, BBL, nifas, dan keluarga berencana secara *Continuity of Care*
- c. Mahasiswa dapat melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan berdasarkan analisa kebidanan, diagnosa kebidanan, diagnosa potensial, dan masalah kebidanan yang telah ditetapkan pada kasus Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dari masa hamil, bersalin, BBL, nifas, dan keluarga berencana secara *Continuity of Care*
- d. Mahasiswa dapat melakukan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun pada kasus Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dari masa hamil, bersalin, BBL, nifas, dan keluarga berencana secara *Continuity of Care*
- e. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi berdasarkan penatalaksanaan yang telah dilakukan pada kasus Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dari masa hamil, bersalin, BBL, nifas, dan keluarga berencana secara *Continuity of Care*
- f. Mahasiswa dapat melakukan pendokumentasian pada kasus Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 dari masa hamil, bersalin, BBL, nifas, dan keluarga berencana secara *Continuity of Care*

### **C. Ruang Lingkup**

Sasaran asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*) ini meliputi asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

### **D. Manfaat**

#### **1. Manfaat Teoritis**

Dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman secara langsung, sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan. Menambah wawasan dalam menerapkan

asuhan kebidanan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar

## **2. Manfaat Praktis**

### **a. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan**

Dapat memahami teori, memperdalam ilmu, dan menerapkan asuhan yang akan diberikan secara berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

### **b. Bagi Bidan di Puskesmas Turi**

Dapat dijadikan bahan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana berupa pemberian pendidikan kesehatan, upaya skrining dan asuhan secara berkelanjutan / berkesinambungan.

### **c. Bagi Pasien**

Meningkatkan kepuasan masyarakat pada pelayanan kebidanan dalam program asuhan kebidanan berkesinambungan dan dapat dijadikan sebagai informasi serta meningkatkan pengetahuan klien tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. Kajian masalah kasus**

Kasus yang diambil adalah pendampingan ibu hamil risiko sangat tinggi dengan riwayat SC 2 kali dan terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). Pengkajian dilakukan di Puskesmas Turi sejak pengambilan data awal pada tanggal 14 Desember 2022. Ny S merupakan ibu rumah tangga yang berumur 29 tahun. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Turi saja, tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah dan juga secara online melalui media sosial *Whatsapp*. Jenis data yang digunakan sebagai dasar pemberian asuhan kepada Ny. S dan juga dalam penyusunan laporan ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan langsung dari keterangan Ny. S dan juga hasil pemeriksaan selama pendampingan, sedangkan untuk data sekunder didapatkan dari dokumentasi rekam medis dan buku KIA pasien.

#### **1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil**

##### **a. Asuhan kehamilan tanggal 14 Desember 2022**

Pada tanggal 14 Desember 2022, Ny S melakukan kunjungan kehamilan di Puskesmas Turi dan mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Saat ini Ny S memasuki kehamilan trimester III ( umur kehamilan 31 minggu). Pada pengkajian riwayat kehamilan ini, didapatkan saat ini Ny S hamil anak ketiga dan tidak pernah keguguran, HPHT Ny S : 16 – 05-2022, HPL 23 – 02- 2023. Riwayat persalinan anak pertama ditolong dokter obsygn dengan jenis persalinan SC atas indikasi plasenta previa pada 14/07/2016 dan anak kedua juga ditolong oleh dokter obsgyn dengan jenis persalinan SC atas indikasi Re-SC pada tanggal 05/08/2021. Ny S mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi setelah kelahiran anak pertama maupun anak kedua.

Pada riwayat kesehatan, baik Ny S maupun keluarga tidak pernah menderita penyakit sistemik/ menurun/ menular. Ny S mengatakan

bahwa kehamilan ini tidak direncanakan karena ibu mengalami kebobolan dan tidak menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya. Ny S dan keluarga tetap menerima kehamilan ini meskipun tidak direncanakan karena menganggap sudah menjadi rezekinya. Peran keluarga dengan anak sebelumnya sangat baik dan saling mengasihi. Untuk rencana persalinan, Ny S berencana melahirkan secara SC di RS oleh dokter obsygn.

Pada kebiasaan sehari-harinya Ny. S mengatakan mandi dua kali sehari, membersihkan genetalia setelah mandi, BAB, maupun BAK serta mengganti celana dalam saat dirasa lembab dan juga sehabis mandi. Untuk pemenuhan nutrisi sehari-hari Ny. S mengatakan makan 3x sehari dengan porsi sedang berupa nasi sayur dan lauk. Untuk pemenuhan kebutuhannya Ny. S mengatakan minum kurang lebih 8 - 9 gelas dalam sehari berupa air putih, jus. Dalam pemenuhan nutrisi dan cairannya Ny. S mengatakan tidak ada keluhan. Pada pola pemenuhan eliminasinya Ny. S juga mengatakan tidak ada keluhan. Ny. S mengatakan BAB satu kali sehari dan BAK lima sampai enam kali sehari.

Pada pola aktifitas Ny. S mengatakan sehari-hari dirinya melakukan pekerjaan rumah seperti mencuci, memasak, membersihkan rumah, dll. Untuk istirahatnya Ny. S mengatakan siang hari jarang tidur siang, dan pada malam hari tidur selama kurang lebih tujuh jam. Pola seksualitasnya Ny. S mengatakan sebelum hamil bisa satu sampai dua kali dalam seminggu, tetapi pada saat hamil ini Ny. S mengatakan jarang melakukan hubungan suami istri. Ny. S tidak pernah merokok, suaminya juga tidak merokok. Ny. S tidak pernah meminum jamu-jamuan maupun minuman keras atau zak adiktif lainnya selama ini.

Pada pengkajian data objektif pada Ny S didapatkan bahwa tanda vital dalam batas normal, BB saat ini : 56,1 kg, IMT : 21,64 kg/m<sup>2</sup>, LLA: 26 cm. Pemeriksaan abdomen didapatkan TFU 3 jari diatas pusat. Pada fundus uteri teraba bokong janin, perut sebelah kiri ibu teraba



bagian kecil janin dan perut sebelah kanan ibu teraba punggung janin. Kepala janin belum masuk panggul. TFU : 27 cm. DJJ 140 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 18 November 2022 : HbSAg negatif, PITS NR, IMS Non Reaktif, golongan darah O Rhesus +. Hasil Laboratorium pada tanggal 2 Desember 2022 : 11 gr/dL dan urine dalam batas normal. Jumlah skor pada KSPR ( Kartu Skor Poedji Rochjati) pada Ny S adalah 14 dengan rincian skor yaitu skor awal ibu hamil : 2, Terlalu cepat hamil lagi  $\leq 2$  tahun : 4 dan pernah operasi SC : 8 sehingga kehamilan Ny S termasuk Kehamilan Risiko Sangat Tinggi ( KRST) karena skor total  $\geq 12$ .

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 umur kehamilan 31 minggu dengan kehamilan risiko sangat tinggi. Penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini adalah penyampaian hasil pemeriksaan, KIE kehamilan berisiko, tanda bahaya kehamilan, KIE konseling berKB pasca melahirkan, KIE minum obat tablet tambah darah dan kalsium secara rutin, dan KIE kunjungan ulang atau ketika ada keluhan.

b. Asuhan kehamilan tanggal 21 Januari 2023 (Kunjungan Rumah)

Berdasarkan pengkajian ibu pada saat kunjungan rumah pada tanggal 21 Januari 2023 ibu mengatakan tidak ada keluhan. Gerakan janin aktif dan saat ini memasuki usia kehamilan 36 minggu 3 hari. Hasil pengkajian tanda vital dalam batas normal. Asuhan yang diberikan pada Ny S adalah menjelaskan hasil pemeriksaan vital sign dalam batas normal, memberitahu ibu untuk memantau gerak janin, konseling persiapan persalinan/ P4K, edukasi tanda- tanda persalinan, memberitahu ibu untuk periksa ke rumah sakit apabila terdapat tanda – tanda persalinan serta mengingatkan untuk minum obat secara rutin. Evaluasi penatalaksanaan Ny S bersedia untuk mengikuti nasihat yang diberikan.

## **2. Riwayat Persalinan**

Sesuai dengan anjuran dokter Sp.OG, ibu dilakukan persalinan dengan metode SC elektif karena Ny S memiliki riwayat SC 2 kali dan dan terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). Hasil anamnesa melalui Whatsapp, Ny S mengatakan saat di RS Mitra Paramedika pada tanggal 09 Februari 2023, ibu mengatakan belum ada kontraksi, belum mengeluarkan cairan dan lendir darah dari jalan lahir dan gerakan janin masih aktif. Ny S kemudian dijadwalkan SC elektif pada usia kehamilan 38 minggu oleh dokter Sp.OG pada tanggal 09 Februari 2023 di RS Mitra Paramedika. Bayi Ny. S lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB, dengan jenis kelamin perempuan, BB lahir 2.700 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, Lila 11 cm, LD 33 cm. Saat lahir By. Ny. S langsung menangis. Berdasarkan buku KIA, pemeriksaan fisik : tidak ada kelainan, bayi sudah diberikan salep mata, injeksi vit K, imunisasi Hb 0. Tidak ada komplikasi dan kegawatdaruratan yang terjadi pada Ny. S maupun bayinya saat persalinan.

## **3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus**

### **a. Asuhan bayi baru lahir pada 10 Februari 2023**

Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa melalui whatsapp dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Bayi Ny S lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB dengan jenis kelamin perempuan. Riwayat persalinannya lahir SC pada usia kehamilan 38 minggu di RS Mitra Paramedika. Berdasarkan buku KIA, bayi Ny S sudah diberikan salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri serta imunisasi Hb 0 pada paha kanan bayi. Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir By. Ny. S yaitu 2.700 gram dengan panjang badan 47 cm dan lingkaran kepala 33 cm., lingkaran dada 33 cm, lingkaran lengan atas 11 cm. Suhu : 36,7°C, RR : 48 x/menit, HR: 138 x/menit. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan.

Ibu mengatakan pada tanggal 12 Februari 2023, ibu dan bayi sudah diperbolehkan pulang karena kondisi sudah stabil dan baik.

b. Asuhan neonatus (KN2) tanggal 16 Februari 2023

Pengkajian dilakukan melalui media whatsapp. Ibu mengatakan sudah kontrol bayi di RS Mitra Paramedika dan bayi dalam keadaan sehat. Bayi diberikan ASI setiap 2 jam atau secara on demand, bayi sudah BAB dan BAK, tidak ada demam, tidak rewel. Hasil pemeriksaan berat badan bayi Ny S : 2840 gr, panjang badan 47 cm dan lingkar kepala 33 cm., lingkar dada 33 cm, lingkar lengan atas 11 cm. Suhu : 36,8°C, RR : 44 x/menit, HR: 136 x/menit. Keadaan umum baik, kulit tidak ikterik, tali pusat sudah puput. Diperoleh diagnosa By. Ny.S usia 7 hari cukup bulan lahir SC a/i Re-SC sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu bahwa kondisi bayi dalam keadaan sehat , konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

c. Asuhan Neonatus pada tanggal 09 Maret 2023

Ibu mengatakan bayi sudah imunisasi BCG di PMB Sulatri pada usia bayi 1 bulan. Saat ini tidak ada keluhan pada bayinya, bayi menyusu dengan baik. Ibu mengatakan berat badan bayi juga sudah meningkat. Asuhan yang diberikan melalui whatsapp adalah memberikan apresiasi kepada ibu karena sudah mengimunisasi bayinya untuk meningkatkan sistem kekebalan aktif pada bayi dan melindungi bayi dari berbagai penyakit. Menjelaskan efek samping setelah imunisasi BCG, memberikan KIE imunisasi bayi selanjutnya dan memotivasi ibu untuk ASI eksklusif.

#### 4. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

a. Asuhan Nifas (KF 1) pada tanggal 10 Februari 2023

Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa melalui whatsapp dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu. Ibu mengatakan nyeri luka jahitan diperutnya. Hasil pemeriksaan dirumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik. TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 20 x/ menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, lochea rubra. Diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun *post sectio caesarea* atas indikasi Re- SC hari ke – 1 normal. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap post operasi, konseling kebersihan diri dan daerah kewanitaan, memberikan KIE tanda bahaya nifas dan pemenuhan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan kondisi ibu. Ibu mengatakan pada tanggal 12 Februari 2023, ibu dan bayi sudah diperbolehkan pulang karena kondisi sudah stabil dan baik. Terapi obat saat pulang yang diberikan dari RS yaitu cefadroxin sebanyak 15 tablet diminum 2 x 1, asam mefenamat sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1, etabion sebanyak 15 tablet diminum 1 x 1, dan sari ASI sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1.

b. Asuhan nifas (KF II) pada tanggal 16 Februari 2023

Berdasarkan pengkajian melalui Whatsapp, ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk, berjalan dan melakukan kegiatan rumah tangga. Asi lancar, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, BAK dan BAB seperti biasa, istirahat berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya dan merawat anak pertama dan kedua. Diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun P3Aab0Ah3 post Sectio Caesarea hari ke – 7 normal. Asuhan yang diberikan memberikan KIE pada ibu tentang kebersihan jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk memperbanyak makan-makanan yang mengandung protein tinggi agar mempercepat pemulihan luka jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk istirahat ketika bayi juga dalam kondisi istirahat sehingga tidak mudah

lelah serta menganjurkan suami juga berperan aktif/ ikut serta merawat anak agar ibu tidak terlalu kelelahan, dan memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan jika ada keluhan.

c. Asuhan nifas pada tanggal 21 Maret 2023 (kunjungan rumah)

Ibu mengatakan saat ini sudah tidak ada keluhan, luka jahitan operasi sudah membaik kering dan tidak nyeri, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut. TD : 120/70 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 18 x/ menit, TFU tidak teraba, lochea alba. Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny. S usia 29 tahun P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>Ah<sub>3</sub> post *sectio caesarea* hari ke-42 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dengan telaten, mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya pada usia bayi 2 bulan untuk memperoleh imunisasi DPT – Hb-Hib 1 dan IPV 1.

**5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana**

Berdasarkan hasil anamnesa melalui Whatsapp pada tanggal 09 Februari 2023, Ny S mengatakan sudah menggunakan KB IUD Post plasenta. Ibu mengatakan sebelumnya pada saat hamil trimester III, Ny S dan suami sudah ada rencana menggunakan KB IUD pasca salin karena ingin takut kebobolan lagi, dan memulihkan organ reproduksinya dahulu pasca operasi SC 3 kali serta ingin mengatur jarak kehamilan. Ibu mengatakan sebelum dilakukan operasi SC, ibu dan suami sudah menandatangani informed consent pemasangan KB IUD Post plasenta. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat menggunakan KB IUD Post Plasenta.

**B. Kajian Teori**

**1. KONSEP DASAR KEHAMILAN**

**a. Definisi Kehamilan**

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan

berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (42 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 42 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28-36 minggu disebut kehamilan premature.<sup>7</sup>

#### **b. Pembagian Usia Kehamilan**

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).<sup>8</sup>

##### **a. Kehamilan triwulan pertama ( usia kehamilan 0-12 minggu )**

Triwulan pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia kehamilan 12 minggu dalam triwulan pertama ini alat – alat tubuh mulai dibentuk.

##### **b. Kehamilan triwulan kedua (usia kehamilan 12 – 28 minggu)**

Triwulan kedua dimulai usia kehamilan 12 – 28 minggu. Dalam triwulan kedua ini, alat-alat tubuh telah dibentuk tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.

##### **c. Kehamilan triwulan ketiga (usia kehamilan 28 – 40 minggu)**

Triwulan ketiga atau triwulan terakhir adalah sejak kehamilan berusia 28 minggu sampai 40 minggu.

#### **c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi pada Wanita Hamil**

##### **1) Perubahan Fisiologi pada Wanita Hamil<sup>9</sup>**

##### **a) Sistem Reproduksi.**

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram. Perubahan uterus adalah sebagai berikut: pada minggu ke-16 dari

luar fundus uteri kira-kira terletak diantara setengah jarak pusat ke simfisis, pada minggu ke-20 fundus uteri terletak kira-kira dipinggir bawah pusat, pada minggu ke-24 fundus uteri berada tepat dipinggir atas pusat, pada minggu ke-28 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke prosessus xifodeus, pada minggu ke-39 fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dari prosessus xifodeus, pada minggu ke-36 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari dibawah prosessus xifodeus, pada minggu ke-40 fundus uteri turun kembali.

b) Sistem Darah.

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih banyak dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.

c) Sistem Pernapasan.

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen (O<sub>2</sub>). Disamping itu juga terjadi desakan diafragma, karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.

d) Sistem Pencernaan.

Karena pengaruh estrogen pengeluaran asam lambung meningkat, dapat menyebabkan terjadinya mual dan sakit atau pusing kepala pada pagi hari, yang disebut morning sickness, muntah yang disebut emesis gravidarum, sedangkan muntah yang berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari disebut hiperemesis, progesteron juga menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan konstipasi.

e) Perubahan pada Kulit.

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus anterior dan pengaruh kelenjar supranalis hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola papilla mammae, pada pipi (Cloasma gravidarum).<sup>9</sup>

**2) Perubahan Psikologi pada Wanita Hamil**

Selama hamil kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang wanita mengatakan betapa bahagianya dia karena akan menjadi seorang ibu dan bahwa dia sudah memilihkan sebuah nama untuk bayi yang akan dilahirkannya. Namun tidak jarang ada wanita yang merasa khawatir kalau terjadi masalah dalam kehamilannya khawatir kalau ada kemungkinan dia kehilangan kecantikannya atau bahwa ada kemungkinan bayinya tidak normal. Sebagai seorang bidan harus menyadari adanya perubahan-perubahan tersebut pada wanita hamil agar dapat memberikan dukungan dan memperhatikan keprihatinan, kekhawatiran, ketakutan dan pertanyaan-pertanyaan.<sup>9</sup>

a) Trimester Pertama

Segera setelah konsepsi kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, biasanya pada awal kehamilannya ibu berharap tidak hamil.

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil,



kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya kepada orang lain atau dirahasiakannya.<sup>9</sup>

b) Trimester Kedua

Trimester II ini sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan karena pada saat ini ibu merasa lebih sehat. Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Pada tahap ini, Ibu menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya.

Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido. Ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi atau keadaan ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik tubuhnya. Ibu sudah mulai menerima dan mengerti tentang kehamilannya. Pada kehamilan minggu ke 15-22 ibu hamil akan mulai merasakan gerakan bayi yang awalnya akan terasa seperti kibasan tetapi di akhir trimester II akan benar-benar merasakan pergerakan bayi. Pada ibu yang baru pertama kali sering tidak dapat mengenali gerakan bayinya sampai minggu ke 19-22. Pada saat ibu sudah merasakan gerakan bayinya, ibu menyadari bahwa didalam dirinya ada individu lain sehingga ibu lebih memperhatikan kesehatan bayinya.<sup>9</sup>

c) Trimester Ketiga

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu

waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali merasa khawatir atau takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami keluarga dan bidan.<sup>9</sup>

#### **d. Tanda Bahaya pada Kehamilan**

Tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal kehamilan adalah tanda gejala yang menunjukkan adanya keadaan yang tidak normal dari ibu atau janin yang dikandung yang mengindikasikan adanya bahaya dan terwujud dalam respon anatomis maupun fisiologis.<sup>7</sup> Karena itu, tiap ibu hamil, keluarga dan masyarakat perlu mengetahui, mengenali dan mengidentifikasi gejala penyimpangan yang terjadi pada setiap kehamilan. Beberapa tanda bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan antara lain:<sup>7</sup>

- a. Ibu hamil mengalami perdarahan atau mengeluarkan bercak darah terus menerus dari jalan lahir, baik itu pada usia kehamilan muda atau tua.
- b. Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala atau bahkan kejang-kejang.
- c. Demam atau panas tinggi (suhu melebihi 37,5°C)
- d. Nyeri pada perut bagian bawah.
- e. Air ketuban keluar sebelum waktunya, sehingga dapat memicu terjadinya infeksi pada janin.
- f. Gerakan bayi dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak, sama sekali (seorang ibu hamil bisa merasakan gerakan janin kurang lebih 10 kali dalam 24 jam).
- g. Ibu hamil muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali<sup>7</sup>

## 2. Kehamilan Resiko Tinggi

Pada dasarnya setiap kehamilan adalah sebuah risiko. Risiko tersebut terbagi atas kehamilan dengan risiko tinggi dan kehamilan dengan risiko rendah. Dikatakan ibu hamil risiko tinggi bila pada pemeriksaan ditemukan satu atau lebih faktor risiko atau risiko, sedangkan ibu hamil risiko rendah bila pada pemeriksaan tidak ditemukan faktor risiko dan dapat direncanakan pertolongan persalinan oleh bidan desa. Dalam perjalanan persalinan dan kehamilan ibu hamil risiko rendah dapat berubah menjadi risiko tinggi, oleh karena itu diperlukan pemantauan terus menerus selama periode kehamilan dan proses melahirkan.<sup>4</sup>

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, persalinan dan nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas normal. Kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan dengan adanya kondisi yang dapat menambah risiko terjadinya kelainan atau ancaman bahaya pada janin. Gangguan dan penyulit pada kehamilan umumnya ditemukan pada kehamilan risiko tinggi. Secara garis besar, kelangsungan suatu kehamilan sangat bergantung pada keadaan dan kesehatan ibu, keadaan plasenta dan keadaan janin.<sup>4</sup> Risiko kehamilan adalah keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian inu maupun bayi. Ibu hamil digolongkan dalam tiga golongan risiko berdasarkan karakteristik ibu.

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan risiko atau bahaya terjadinya komplikasi pada persalianan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya.<sup>4</sup> Terdapat beberapa faktor risiko pada kehamilan yang merupakan penyebab tidak langsung kematian pada ibu, yaitu empat terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu sering dan terlalu banyak). Selain itu terdapat kondisi – kondisi yang menyebabkan ibu hamil tergolong sebagai kehamilan risiko tinggi, yaitu ibu hamil dengan anemia dan malnutrisi, ibu hamil dengan penyakit penyerta, adanya riwayat buruk pada kehamilan dan persalinan yang lalu, ibu hamil

dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, dan kehamilan yang tidak dikehendaki.<sup>4</sup>

### 3. Menentukan Kehamilan Berisiko dengan KSPR

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.<sup>4</sup> Fungsi dari KSPR adalah:<sup>4</sup>

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi / KIE).
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan.<sup>4</sup> Berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati, ibu hamil risiko tinggi dapat dilihat berdasarkan masalah berikut<sup>4</sup>:

Tabel 1.

Faktor Risiko pada Skor Poedji Rochjati<sup>4</sup>

Masalah / Faktor Risiko	Skor
Skor awal ibu hamil	2

Terlalu muda, hamil $\leq 16$ tahun	4
Terlalu lambat hamil, kawin $\geq 4$ tahun	4
Terlalu tua, hamil 1 $\geq 35$ tahun	4
Terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$ tahun)	4
Terlalu lama hamil lagi ( $\geq 10$ tahun)	4
Terlalu banyak anak, $\geq 4$ anak	4
Terlalu tua, umur $\geq 35$ tahun	4
Terlalu pendek, $\leq 145$ cm	4
Pernah gagal kehamilan	4
Pernah melahirkan dengan	
a. Tarikan tang/vakum	4
b. Uri dirogoh	4
c. Diberi infus/transfusi	4
Pernah operasi Sesar	8
Penyakit pada ibu hamil :	
a. Kurang darah/ anemia	4
b. Malaria	4
c. TB paru	4
d. Payah Jantung	4
e. Diabetes Melitus	4
f. Penyakit Menular Seksual	4
Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4
Hamil kembar 2 atau lebih	4
Hamil kembar air (hidramnion)	4

Bayi mati dalam kandungan	4
Kehamilan lebih bulan	4
Letak sungsang	8
Letak lintang	8
Perdarahan pada kehamilan ini	8
Pre-eklamsia/kejang-kejang	8

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko.<sup>4</sup> Cara pemberian skor :

- a. Skor 2: Kehamilan Risiko Rendah (KRR) untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil sebagai skor awal.
- b. Skor 4 : Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) untuk tiap faktor risiko.
- c. Skor 8 : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Berdasarkan jumlah skor yang didapat, ibu hamil dengan risiko kemudian dikelompokkan menjadi<sup>4</sup>:

- a. Skor 2 : Kehamilan Risiko Rendah (KRR), boleh melakukan perawatan di bidan, melakukan persalinan di polindes, dan ditolong persalinan oleh bidan.
- b. Skor 6-10 : Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) merupakan kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tapi tidak darurat dan boleh melakukan perawatan di bidan atau dokter, melakukan persalinan di polindes, puskesmas, atau rumah sakit, dengan ditolong oleh bidan dan pendampingan dokter.

- c. Skor  $\geq 12$  : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi ( KRST), harus melakukan perawatan di dokter, melakukan persalinan di rumah sakit, dan ditolong oleh dokter spesialis kebidanan.

Menurut Poedji Rochjati tahun 2011, risiko kehamilan dapat dikelompokkan menjadi <sup>4</sup> :

**1. Ada Potensi Gawat Obstetri / APGO ( Kelompok Faktor Risiko I ) <sup>4</sup>**

APGO artinya masalah kehamilan yang perlu diwaspadai. Berikut merupakan faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I :

- a) Usia pertama hamil terlalu muda ( $\leq 16$  tahun)

Wanita berumur terlalu muda meningkatkan risiko bayi premature, perdarahan antepartum, dan perdarahan postpartum. Pada usia ini juga berisiko mengalami penyulit pada saat hamil dan melahirkan. Karena kurangnya pengalaman dan informasi serta alat reproduksi yang belum matang angka morbiditas dan mortalitas ibu hamil remaja 2-4 kali lebih tinggi daripada ibu hamil berusia 20-35 tahun. Bahaya yang terjadi pada ibu hamil berusia terlalu muda antara lain anemia, hipertensi pada kehamilan, prematur, fetal distress, asfiksia neonatorum, berat badan bayi lahir rendah, abortus spontan, tindakan ekstraksi vakum, dan plasenta previa.

- b) Kehamilan pertama terlalu tua.

Pada beberapa penelitian menemukan primigravida berusia  $\geq 35$  tahun jumlah komplikasi keluaran maternal meningkat bila dibandingkan primigravida berusia 20-35 tahun yaitu pada kejadian perdarahan postpartum, persalinan dan bedah sesar. Bahaya yang terjadi pada primi tua dapat menimbulkan masalah selama hamil misalnya preeklamsi, dan masalah persalinan tidak lancar yang memerlukan intervensi atau tindakan dalam persalinan.

- c) Usia hamil terlalu tua ( $\geq 35$  tahun).

Ada beberapa teori tentang kehamilan usia tua antara lain:

- 1) Wanita umumnya mengalami penurunan kesuburan mulai dari umur 30 tahun.

- 2) Muncul masalah kesehatan kronis (hipertensi, tumor, degenerative tulang belakang dan panggul)
  - 3) Diabetes mellitus gestational pada ibu usia tua, karena kerusakan endotel vaskular progresif yang berhubungan dengan proses penuaan
  - 4) Preeklamsia, peningkatan angka kejadian pada kelompok usia > 40 tahun..
  - 5) Profil obstetric pada saat persalinan seperti: cenderung melalui operasi sesar, partus lama, perdarahan postpartum, berat badan bayi lahir rendah, asfiksia neonatorum, dan kematian perinatal.
- d) Primi Tua Sekunder (Jarak anak terkecil  $\geq 10$  tahun)
- Ibu hamil dengan persalinan  $\geq 10$  tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah – olah menghadapi persalinan yang pertama lagi.
- e) Jarak kehamilan terlalu dekat ( $\leq 2$  tahun).
- Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu.
- f) Jumlah anak terlalu banyak ( $\geq 4$  anak)
- Bila jumlah anak ibu telah empat atau lebih perlu diwaspadai karena semakin lama uterus semakin lemah sehingga memungkinkan untuk terjadinya persalinan lama, sebagai indikasi untuk persalinan dengan forcep dan vakum.
- g) Ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang
- Tinggi badan ibu mencerminkan ukuran pelvis yang berhubungan dengan distosia. Ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang meningkatkan risiko untuk mengalami penyulit dalam persalinan.
- h) Riwayat obstetri buruk
- Persalinan dengan tindakan induksi persalinan, ekstraksi forcep dan vakum, abortus / pernah gagal kehamilan, uri manual (uri manual



adalah tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan bila plasenta tidak dapat lahir sendiri setelah ditunggu setengah jam atau setelah bayi lahir plasenta belum lahir dan telah terjadi perdarahan >500 cc.).

- i) Pernah operasi sesar atau terdapat bekas operasi sesar.

Wanita yang memiliki riwayat operasi sesar pasti memiliki jaringan parut. Jaringan parut merupakan kontraindikasi untuk melahirkan karena akan terjadi rupture uteri. Wanita yang memiliki riwayat operasi sesar sebelumnya meningkatkan risiko terjadinya rupture uteri, plasenta previa, pre-eklamsia dan persalinan preterm. Sehingga cenderung akan mengalami persalinan dengan operasi sesar ulang pada persalinan selanjutnya.

## **2. Ada Gawat Obstetri / AGO ( Kelompok Faktor Risiko II) <sup>4</sup>**

- a) Hamil Kembar
- b) IUFD
- c) Hamil seritinus / hamil lebih bulan ( $\geq 42$  minggu)
- d) Penyakit pada ibu hamil

### **1) Anemia**

Ibu hamil dengan anemia memiliki risiko lebih besar melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, kematian saat persalinan, perdarahan pasca persalinan, kondisi lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan

### **2) Malaria**

Komplikasi pada kehamilan karena infeksi malaria adalah abortus, penyulit partus, bayi lahir dengan berat badan rendah, anemia, gangguan fungsi ginjal, edema paru, hipoglikemia, dan malaria kongenital.

### **3) Diabetes Mellitus**

Diabetes gestasional, atau diabetes yang terjadi pada saat kehamilan dapat menyebabkan presentasi abnormal, plasenta previa, olygohydroamnion, dan persalinan dengan cara sesar. Ibu

hamil dengan diabetes gestasional akan menghasilkan janin yang lebih besar, sehingga risiko bedah sesar meningkat dan mempengaruhi kesehatan janin maupun ibunya.

### **3. Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO (Kelompok Faktor Risiko III atau ada ancaman nyawa ibu dan bayi) <sup>4</sup>**

Pada kelompok faktor risiko III ini harus segera dirujuk ke rumah sakit sebelum kondisi ibu dan janin bertambah buruk / jelek yang membutuhkan penanganan dan tindakan pada waktu itu juga dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

#### **a) Perdarahan pada saat kehamilan**

Perdarahan antepartum (perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi). Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan atau janinnya.

#### **b) Pre-Eklamsia berat / Eklamsia**

Pre-eklamsia berat terjadi bila ibu dengan pre-eklamsia ringan tidak dirawat, ditangani dengan benar. Pre-eklamsia berat bila tidak ditangani dengan benar akan terjadi kejang-kejang, menjadi eklamsia.

### **4. Faktor Risiko Riwayat Operasi SC**

#### **a. Kehamilan dengan riwayat operasi sesar**

Bekas luka pada dinding rahim yang terdapat pada ibu dengan riwayat operasi sesar merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan. Untuk mencegah kemungkinan terjadinya robekan atau pencegahan komplikasi yang mungkin terjadi berikut hal-hal yang dapat dilakukan (Rochjati, 2017):<sup>4</sup>

- 1) Memberikan komunikasi, informasi, edukasi/ KIE, perawatan antenatal teratur ke fasilitas kesehatan.
  - 2) Merencanakan persalinan aman dengan ibu hamil, suami, dan keluarga serta rujukan terencana untuk melahirkan di rumah sakit
  - 3) Membantu adanya kesiapan mental, biaya, dan transportasi
- b. Persalinan

Perencanaan persalinan yang tepat juga perlu pada ibu hamil yang memiliki riwayat sc. Hal ini terkait dengan penyebab atau indikasi persalinan sesar yang dilakukan sebelumnya (Rochjati, 2017).<sup>4</sup> Ibu yang memiliki riwayat persalinan sesar dapat melakukan persalinan normal atau melalui vagina (*Vaginal Birth After Caesarean*) jika tidak memiliki kontraindikasi. Hasil penelitian *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* dalam guideline berjudul *Birth After Previous Caesarean Birth, Green-Top Guideline No 45*, Oktober 2015 menyebutkan VBAC memiliki kontraindikasi pada wanita yang memiliki riwayat ruptur uteri atau bekas luka cesar klasik dan pada wanita yang memiliki kontraindikasi mutlak untuk menjalani VBAC terlepas dari ada tidaknya bekas luka (misal plasenta previa) (*Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, 2015)

*The American Congress of Obstetricians and Gynecologists* dalam *New Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Guideline* menyebutkan ibu yang memiliki riwayat operasi sesar yang akan melakukan operasi sesar ulang ataupun *trial of labour after cesarean (TOLAC)* memiliki risiko berupa perdarahan maternal, infeksi, cedera operasi, gangguan pembekuan darah, histerektomi, dan kematian pada kehamilan selanjutnya (Laura Humphrey, 2010). Banyaknya bahaya yang mengancam saat persalinan pada ibu yang memiliki riwayat sc sangatlah serius. Penanganan dan pencegahan selama kehamilan yang tepat dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi, untuk itu perencanaan persalinan dirumah sakit yang memiliki sumber daya yang baik akan mencegah timbulnya komplikasi yang terjadi (Rochjati, 2017).<sup>4</sup>

c. Nifas

Ibu hamil dengan riwayat sc memiliki risiko untuk mengalami perdarahan pada saat nifas. Hal ini terkait dengan robekan rahim yang mungkin terjadi pada saat kehamilan maupun persalinan. Pencegahan risiko perdarahan saat nifas perlu dilakukan mulai dari masa kehamilan dan persalinan terkait dengan risiko robekan rahim. Perencanaan dan penanganan yang baik dalam mencegah terjadinya komplikasi pada masa kehamilan dan persalinan akan mengurangi risiko atau bahaya pada masa nifas, untuk itu persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai di sarankan untuk ibu hamil dengan riwayat sc (Rochjati, 2017).<sup>4</sup>

Ibu yang saat hamilnya memiliki riwayat sc dapat menggunakan berbagai macam alat kontrasepsi seperti kondom, pil progestin, pil kombinasi, suntik progestin, suntik kombinasi, implan maupn iud. Hasil penapisan pada guideline fifth edition 2015 medical eligibility criteria for contraceptive use didapatkan pada ibu yang memiliki riwayat sc sebelumnya tidak memiliki kontraindikasi dengan alat kontrasepsi apapun (WHO, 2015).

d. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dari ibu yang memiliki riwayat sc kecil kemungkinan memiliki komplikasi. Adapun komplikasi yang mungkin dimiliki oleh bayi dari ibu yang memiliki riwayat sc cenderung berasal dari faktor risiko lain yang dimiliki ibu, misalnya usia ibu yang terlalu tua. Misal adapun komplikasi yang terjadi pada bayi terkait riwayat sc ibu berasal dari komplikasi yang kemungkinan terjadi saat bersalin ataupun kesalahan penanganan pada saat persalinan (Oats and Abraham, 2010). Penanganan yang cepat dan tepat saat persalinan dapat mengurangi bahaya pada janin dari ibu yang memiliki riwayat sc (Rochjati, 2017).<sup>4</sup>

## **5. Konsep Dasar Persalinan**

### **a. Definisi**

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.<sup>6</sup>

### **b. Etiologi Persalinan**

#### 1) Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.<sup>10</sup> Otot hormon mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.<sup>11</sup>

#### 2) Penurunan progesterone

Villi korionales mengalami perubahan – perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone.<sup>10</sup> Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.<sup>12</sup>

#### 3) Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.<sup>13</sup>

#### 4) Teori Oksitosin

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- 3) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan ok di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.<sup>14</sup>
- 5) Prostaglandin

Akan terjadi peningkatan prostaglandin pada umur kehamilan 15 minggu, sehingga akan memicu terjadinya kontraksi dan persalinan.<sup>10</sup> Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim.<sup>11</sup>
- 6) Hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus.<sup>13</sup>
- 7) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut:

  - 1.) Gagang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
  - 2.) Amniotomi (pemecahan ketuban )
  - 3.) Oksitosin drip<sup>13</sup>

### **c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

Terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu :

- 1) *Passage* (jalan lahir) yang meliputi ukuran panggul, bentuk panggul dan kemampuan serviks untuk membuka dan kemampuan vagina untuk meregang.
- 2) *Passenger* (janin) yang meliputi ukuran janin, terutama kepala janin, sikap janin, yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu, dan tungkai janin terhadap satu sama lain, letak janin, yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin dengan aksis panjang ibu, presentasi janin, yang mendeskripsikan bagian janin yang masuk panggul pertama kali, posisi janin, yang menunjukkan arah bagian presentasi menghadap yaitu depan, samping, atau belakang panggul ibu.
- 3) *Power* (tenaga) yang meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus, tekanan abdomen yang terjadi akibat mengejan pada kala II persalinan.
- 4) *Psyche* (kondisi psikis) yang meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman kelahiran ibu sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang yang penting bagi ibu.

### **d. Tanda Persalinan**

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah :

- 1) Kontraksi uterus (rasa nyeri dari punggung menjalar ke perut intensitas nyeri semakin bertambah dan tidak berkurang untuk istirahat) minimal 2-3 kali setiap 10 menit dengan durasi 40 detik.
- 2) Keluarnya lendir darah (*bloody show*) yang disebabkan karena adanya penipisan dari servik.
- 3) Premature rupture membrane adalah keluarnya cairan banyak dari jalan lahir yang terjadi akibat ketuban pecah atau selaput yang robek.

## e. Tahapan Persalinan

### 1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva fiedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan penghitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.<sup>12</sup>

Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlonakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan.<sup>12</sup> Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam.<sup>15</sup> Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu : denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
  - i. Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.



- ii. Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9cm.
- iii. Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.<sup>15</sup>

## 2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.<sup>12</sup> Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.<sup>16</sup>

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

## 3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2010). Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.

#### 4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut.<sup>16</sup> Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Kesadaran pasien, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.<sup>12</sup>

## 6. PERSALINAN DENGAN RIWAYAT SEKSIO SESAREA / SC

Perencanaan persalinan yang tepat perlu dilakukan oleh seorang ibu yang memiliki riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya. Hal ini terkait dengan penyebab atau indikasi persalinan sesar yang dilakukan sebelumnya. Ibu yang memiliki riwayat persalinan sesar dapat melakukan persalinan normal atau melalui vagina (*Vaginal Birth After Caesarean*) jika tidak memiliki kontraindikasi (Rochjati, 2011).

Keputusan cara persalinan pada pasien dengan riwayat seksio sesarea disetujui oleh pasien dan dokternya sebelum waktu persalinan yang diperkirakan/ditentukan (ideal pada usia kehamilan 36 minggu). Keputusan mengenai cara persalinan ini mempertimbangkan risiko yang dapat terjadi pada ibu maupun janin. Persalinan pervaginam (*vaginal birth after cesarean section*, VBAC) pada kehamilan dengan riwayat seksio sesarea dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bila berikut ini dipenuhi. Berikut syarat-syarat VBAC (Kemenkes RI, 2013):

- a. Hanya pernah 1 (satu) kali seksio sesarea transversal pada segmen bawah, tanpa komplikasi
- b. Presentasi janin verteks normal
- c. Tidak ada kecurigaan disproporsi sefalopelvik
- d. Ada fasilitas untuk seksio sesarea darurat

Tidak semua pasien dengan riwayat persalinan seksio sesarea dapat melakukan persalinan pervaginam atau VBAC. Adapun kontraindikasi VBAC meliputi (Kemenkes RI, 2013):

- a. Pasien dengan riwayat seksio sesarea klasik atau inverted T
- b. Pasien dengan riwayat histerotomi atau miomektomi yang menembus kavum uteri
- c. Pasien dengan riwayat insisi pada uterus selain dari seksio sesarea transversal pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus dilakukan penilaian lengkap mengenai riwayat operasi sebelumnya oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi)
- d. Pasien dengan riwayat dua kali *seksio sesarea transversal* pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus diberikan informasi yang lengkap oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi)
- e. Riwayat ruptura uteri atau bila risiko ruptura berulang tidak diketahui
- f. Tiga kali atau lebih riwayat seksio sesarea
- g. Penyembuhan luka yang tidak baik pada seksio sesarea yang lalu
- h. Tipe insisi pada operasi sebelumnya tidak diketahui

Ketika syarat VBAC terpenuhi maka dapat dilakukan persalinan pervaginam seperti wanita dengan persalinan normal. Pantau ibu dengan partograf dan awasi secara ketat ketika dilakukan VBAC. Segera lakukan seksio sesarea jika didapati kondisi berikut (Kemenkes RI, 2013):

- 1) Persalinan melampaui garis waspada dan dicurigai adanya obstruksi atau disproporsi pelvik
- 2) Ada tanda-tanda ruptura uteri: perdarahan, denyut nadi >100x/menit, nyeri menetap di abdomen dan/atau suprapubik, serta gawat janin.

Pada pasien dengan riwayat sc juga perlu diperhatikan tanda tanda ruptur uteri. Ruptura uteri atau robeknya dinding rahim terjadi akibat terlampauinya daya regang miometrium. Pada bekas seksio sesarea, risiko terjadinya ruptura uteri lebih tinggi (Kemenkes RI, 2010). Adapun diagnosis ruptur uteri antara lain:

- 1) Perdarahan intraabdominal, dengan atau tanpa perdarahan pervaginam.
- 2) Nyeri perut hebat (dapat berkurang setelah ruptura terjadi)
- 3) Syok atau takikardia
- 4) Adanya cairan bebas intraabdominal
- 5) Hilangnya gerak dan denyut jantung janin
- 6) Bentuk uterus abnormal atau konturnya tidak jelas
- 7) Dapat didahului oleh lingkaran konstiksi (Bandl's ring)
- 8) Nyeri raba/tekan dinding perut
- 9) Bagian-bagian janin mudah dipalpasi

## 7. KONSEP DASAR MASA NIFAS / PUERPURIUM

### a. Definisi

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.<sup>17</sup>

### b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

#### 1) Sistem Reproduksi

##### a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.<sup>17</sup> Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini <sup>15</sup> :

Tabel 2. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000

Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750
1 minggu	Pertengahan simfisis	500
2 minggu	Tidak teraba di simfisis	350
6 minggu	Normal	50
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.<sup>17</sup>

Tabel 3. Perubahan Warna Lochea

<b>Lochea</b>	<b>Waktu (hari)</b>	<b>Warna</b>	<b>Ciri-ciri</b>
Rubra	1 – 3	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua
Sanguinolenta	3 – 7	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7 – 14	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati

#### b) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua

mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.<sup>18</sup>

## 2) Tanda-tanda Vital

### a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan diakibatkan karena kerja keras sewaktu persalihan, kehilangan cairan, maupun kelelahan<sup>17</sup>

### b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih cepat. Namun, jika denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.<sup>17</sup>

### c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.<sup>19</sup>

### d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan

lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat.<sup>17</sup>

3) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan (Varney, 2008).

4) Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4- 6 minggu.<sup>20</sup>

5) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan.<sup>21</sup>

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.<sup>22</sup>

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan

kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.<sup>18</sup>

#### 8) Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:<sup>23</sup>

##### a) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

##### b) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

##### c) Masa *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai



menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

### **c. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

#### **1. Kebersihan diri**

- a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.
- b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit.
- c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.
- e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.<sup>20</sup>

## 2. Nutrisi dan Cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.<sup>24</sup> Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.<sup>25</sup>

## 3. Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak, agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuh luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Ini berguna untuk mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu

memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.<sup>26</sup> Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation). Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

#### 4. Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi ibu harus tetap berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkemih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari.

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara

spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanantinggi serat dan cukup minum.

#### 5. Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah.

Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

#### 6. Seksualitas

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan. Anjuran:

- a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan.

**d. Tanda Bahaya Ibu Nifas**

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- b. Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- c. Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- d. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- e. Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- f. Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- g. Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
- h. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- i. Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
- j. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
- k. Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.
- e. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)

Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015) menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali :

- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- 2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tanda- tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

## 8. BAYI BARU LAHIR

### a. Definisi

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.<sup>6</sup> Pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan kelima dengan menggunakan nilai apgar.

Tabel 4. Nilai APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> (frekuensi jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100 kali per menit	Lebih dari 100 kali per menit
<i>Grimace</i> (Respon terhadap rangsang)	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Active</i> (Tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

### b. Penanganan bayi baru lahir

#### 1) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

#### 2) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial.<sup>6</sup>

#### 3) Pencegahan hipotermi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.<sup>6</sup>

4) Pemberian Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Dosis pemberian vit 0,5-1 mg secara IM.

5) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

6) Injeksi Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi

c. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila;

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5<sup>0</sup>C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Umur kehamilan 37 – 40 mg
- 6) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- 7) Panjang lahir 48-52 cm
- 8) Kepala normal 33-37 cm.



## 9. KELUARGA BERENCANA

### a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.<sup>27</sup>

### b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan yaitu mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.<sup>28</sup> Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu:

- 1) Mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk dengan menurunkan angka kelahiran atau TFR (*Total Fertility Rate*).
- 2) Mengatur kehamilan dengan menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan apabila merasa anak telah cukup.
- 3) Tercapainya keluarga yang berkualitas, yakni keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi.

### c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi.

d. Definisi kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.<sup>29</sup>

e. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.<sup>30</sup>

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain :

1) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode lendir servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

2) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode barrier merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermicide, diafragma, kap serviks.

Kondom merupakan sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya karet, plasti. Kondom dipasang pada saat penis ereksi dan harus terpasang sebelum terjadinya kontak genital. Keuntungan dari pemakaian kondom yaitu tidak mengganggu produksi ASI, menghindari dari penularan penyakit infeksi menular seksual. Kerugiannya sendiri adalah cara penggunaan sangat mempengaruhi dalam keberhasilan, mengganggu hubungan seksualitas.<sup>31</sup> Cara menggunakan pemakaian kondom: pasang

kondom saat penis ereksi atau tegang, gunakan kondom hanya 1 kali, simpan jangan pada tempat yang panas karena dapat merusak kondom.<sup>32</sup>

### 3) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan implan dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

### 4) Metode mantap

#### a) Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopi secara kimiawi.

#### b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.<sup>29</sup>

### g. Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi, ada beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya :

1. Metode Amenore Laktasi (MAL)
2. Pil Progestin
3. Suntik Progestin
4. Implant
5. IUD

## **10. KEWENANGAN BIDAN TERHADAP KASUS**

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang sangat berpengaruh dalam meningkatkan derajat kesehatan wanita.<sup>33</sup> Bidan selaku petugas kesehatan diharapkan mampu menjalankan peran, fungsi dan kompetensinya dalam melakukan pelayanan kesehatan terkait peran, fungsi, dan kompetensinya. Bidan memiliki banyak tugas serta peran seperti fasilitator, konselor, motivator, dan komunikator dalam pendidikan kesehatan pada wanita<sup>33</sup>

Dalam UU No.36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan dijelaskan bahwa sebagai salah satu tenaga kesehatan, bidan dalam menjalankan praktik harus sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya. Menurut penjelasan pasal 62 ayat (1) huruf c, yang dimaksud dengan kewenangan berdasar kompetensi adalah kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan secara mandiri sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya, antara lain melakukan pelayanan kesehatan ibu, kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.<sup>34</sup>

Berdasarkan pasal 46 Undang – Undang Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan bahwa dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan memberikan pelayanan meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana dan dalam pasal 47 mengatakan bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik dan pemberdayaan perempuan.<sup>35</sup>

Dalam kasus ini, bidan sebagai pelaksana memiliki tugas mandiri, tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan. Tugas bidan sebagai pelaksana sebagai berikut :

### **a. Tugas mandiri**

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan
- 2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut tindakan / layanan bersama klien.

- 3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
- 4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien / keluarga
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana
- 8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause
- 9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.

b. Tugas kolaborasi

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 3) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

- 7) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

c. Tugas ketergantungan

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan,
- 3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.
- 6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga.

Tugas mandiri bidan adalah menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan berupa pemberian konseling informasi dan edukasi terkait masalah yang dialami pasien. Tugas kolaborasi yaitu menerapkan manajemen kebidanan pada setiap kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi. Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.

Tugas ketergantungan bidan meliputi menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga, Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus

kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan, memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.

## **BAB III**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan**

Kasus yang diambil adalah pendampingan ibu hamil risiko sangat tinggi dengan riwayat SC 2 kali dan terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). Pengkajian dilakukan di Puskesmas Turi sejak pengambilan data awal pada tanggal 14 Desember 2022. Ny S melakukan kunjungan kehamilan di Puskesmas Turi dan mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Saat ini Ny S memasuki kehamilan trimester III (umur kehamilan 31 minggu). Ny S mengatakan selama kehamilan teratur melakukan pemeriksaan *antenatal care* di puskesmas dan dokter spesialis obsgyn dengan frekuensi ANC lebih dari 6 kali. Pemeriksaan antenatal Ny S sudah memenuhi dengan standar pelayanan pemeriksaan Antenatal Care terbaru yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu).

Pada pengkajian riwayat kehamilan ini, didapatkan saat ini Ny S hamil anak ketiga dan tidak pernah keguguran, HPHT Ny S : 16 – 05-2022, HPL 23 – 02- 2023. Riwayat persalinan anak pertama ditolong dokter obsygn dengan jenis persalinan SC atas indikasi plasenta previa pada 14/07/2016 dan anak kedua juga ditolong oleh dokter obsgyn dengan jenis persalinan SC atas indikasi Re-SC pada tanggal 05/08/2021. Menurut teori Poedji wanita yang memiliki riwayat operasi sesar pasti memiliki jaringan parut. Jaringan parut merupakan kontraindikasi untuk melahirkan secara normal karena akan terjadi rupture uteri. Wanita yang memiliki riwayat operasi sesar sebelumnya meningkatkan risiko terjadinya rupture uteri, plasenta previa, pre-eklamsia dan persalinan preterm. Sehingga cenderung akan mengalami persalinan dengan operasi sesar ulang pada persalinan selanjutnya.



Ny S mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi setelah kelahiran anak pertama maupun anak kedua karena takut efek samping alat kontrasepsi. Pada riwayat kesehatan, baik Ny S maupun keluarga tidak pernah menderita penyakit sistemik/ menurun/ menular. Ny S mengatakan bahwa kehamilan ini tidak direncanakan karena ibu mengalami kebobolan dan tidak menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya. Ny S dan keluarga tetap menerima kehamilan ini meskipun tidak direncanakan karena menganggap sudah menjadi rezekinya. Peran keluarga dengan anak sebelumnya sangat baik dan saling mengasihi serta tidak membeda-bedakan terhadap anak-anaknya.

Untuk rencana persalinan, Ny S berencana melahirkan secara SC di RS oleh dokter obsygn. *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists* dalam *New Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Guideline* menyebutkan ibu yang memiliki riwayat operasi sesar yang akan melakukan operasi sesar ulang ataupun *trial of labour after cesarean (TOLAC)* memiliki risiko berupa perdarahan maternal, infeksi, cedera operasi, gangguan pembekuan darah, histerektomi, dan kematian pada kehamilan selanjutnya (Laura Humphrey, 2010). Banyaknya bahaya yang mengancam saat persalinan pada ibu yang memiliki riwayat SC sangatlah serius. Penanganan dan pencegahan selama kehamilan yang tepat dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi, untuk itu perencanaan persalinan dirumah sakit yang memiliki sumber daya yang baik akan mencegah timbulnya komplikasi yang terjadi (Rochjati, 2017).<sup>4</sup>

Pada pengkajian data objektif pada Ny S didapatkan bahwa tanda vital dalam batas normal, BB saat ini : 56,1 kg, IMT : 21,64 kg/m<sup>2</sup>, LLA: 26 cm. Pemeriksaan abdomen didapatkan TFU 3 jari diatas pusat. Pada fundus uteri teraba bokong janin, perut sebelah kiri ibu teraba bagian kecil janin dan perut sebelah kanan ibu teraba punggung janin. Kepala janin belum masuk panggul. TFU : 27 cm. DJJ 140 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 18 November 2022 : HbSAg negatif, PITC NR, IMS Non Reaktif, golongan darah O Rhesus +. Hasil Laboratorium pada tanggal 2 Desember 2022 : 11 gr/dL dan urine dalam batas normal.

Jumlah skor pada KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati) pada Ny S adalah 14 dengan rincian skor yaitu skor awal ibu hamil : 2, Terlalu cepat hamil lagi  $\leq 2$  tahun : 4 dan pernah operasi SC : 8 sehingga kehamilan Ny S termasuk Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) karena skor total  $\geq 12$ .

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 umur kehamilan 31 minggu dengan kehamilan risiko sangat tinggi. Dasar penegakan diagnosa berdasarkan pada jumlah skor pada KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati) adalah 14 sehingga kehamilan Ny S termasuk Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) karena skor total  $\geq 12$ . Menurut Rochjati, Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya dilakukan upaya terpadu untuk menghindari dan mencegah kemungkinan terjadinya upaya komplikasi obstetrik pada saat persalinan.<sup>4</sup>

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka yang disebut skor.<sup>4</sup> Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Deteksi dini (skrining) sedini mungkin pada awal kehamilan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan atau non kesehatan misalnya PKK, kader posyandu, karang taruna, ibu hamil sendiri, suami atau keluarga agar dapat mengenali adanya kehamilan risiko tinggi.

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan.<sup>4</sup>

Menurut poedji rochjati dalam obstetric modern, adanya potensi risiko kehamilan dan persalinan kemungkinan akan berpengaruh terhadap risiko terjadinya komplikasi pada persalinan dan komplikasi atau kegawatan pada persalinan juga dapat dipengaruhi oleh derajat faktor risiko. Apabila semakin tinggi tingkatan risiko faktor risiko pada ibu hamil maka semakin tinggi juga ibu akan mengalami komplikasi. Selain itu, faktor predisposisi juga dapat

mempengaruhi tingkat risiko kehamilan antara lain pengetahuan, faktor sosial ekonomi juga dapat berpengaruh pada gizi ibu hamil yaitu tentang biaya dalam perawatan kehamilan dan persalinan.

Dari hasil jumlah skor yang didapat menunjukkan bahwa Skor  $\geq 12$  sehingga tergolong pada kelompok Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dan harus melakukan persalinan di rumah sakit, dan ditolong oleh dokter spesialis kebidanan untuk mencegah adanya terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, persalinan dan nifas. Hal ini diterangkan oleh teori menurut Rochjati, Ibu hamil dengan skor 2 : dapat bersalin dengan bantuan tenaga kesehatan bidan, ibu hamil dengan skor 6 atau lebih: dianjurkan bersalin dengan tenaga kesehatan bidan dan dokter, ibu hamil dengan skor 12 atau lebih: dianjurkan bersalin di rumah sakit atau dengan dokter spesialis kandungan (Sp.OG).<sup>4</sup>

Penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini adalah penyampaian hasil pemeriksaan dan memberitahu ibu bahwa kehamilannya saat ini termasuk kelompok kehamilan risiko sangat tinggi karena ibu memiliki riwayat persalinan dengan operasi sesar (SC), terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). penatalaksanaan selanjutnya yaitu pemberian KIE kehamilan risiko tinggi. Kehamilan risiko tinggi adalah hamil yang mempunyai risiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan atau persalinannya dibandingkan dengan ibu hamil dengan kehamilan atau persalinan normal. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin agar masalah dan komplikasi akibat kehamilan risiko tinggi dapat dideteksi dan diatasi secepatnya oleh tenaga medis dan menyarankan persiapan persalinan dilakukan di rumah sakit untuk menghindari komplikasi obstetrik pada kehamilan, persalinan dan nifas. Menurut Damayanti tahun 2016, apabila seorang ibu hamil memiliki pengetahuan yang lebih tentang resiko tinggi kehamilan maka kemungkinan besar ibu akan berpikir untuk menentukan sikap, berperilaku untuk mencegah, menghindari atau mengatasi masalah resiko kehamilan tersebut. Dan ibu memiliki kesadaran untuk melakukan kunjungan antenatal untuk

memeriksa kehamilannya, sehingga apabila terjadi resiko pada masa kehamilan tersebut dapat ditangani secara dini dan tepat oleh tenaga kesehatan.

Intervensi selanjutnya adalah KIE tanda bahaya kehamilan, KIE dan motivasi ibu untuk berKB pasca melahirkan. Ny. S berencana untuk bersalin di rumah sakit dengan dokter obsygn karena memang dari awal ibu menginginkan persalinan di Rumah Sakit dan melihat riwayat dari anak pertama dan kedua yang melahirkan secara SC, maka Ny S memilih persalianan SC lagi. Setelah diberikan konseling mengenai KB pasca melahirkan, Ny S mengatakan berencana menggunakan KB IUD post plasenta agar tidak kebobolan lagi dan bisa mengatur jarak kehamilan berikutnya. Suami Ny S juga sudah menyetujui penggunaan KB IUD post plasenta.

Menurut teori, ibu yang saat hamilnya memiliki riwayat sc dapat menggunakan berbagai macam alat kontrasepsi seperti kondom, pil progestin, pil kombinasi, suntik progestin, suntik kombinasi, implan maupun IUD. Hasil penapisan pada *guideline fifth edition 2015 medical eligibility criteria for contraceptive use* didapatkan pada ibu yang memiliki riwayat sc sebelumnya tidak memiliki kontraindikasi dengan alat kontrasepsi apapun (WHO, 2015).

## **B. Asuhan Kebidanan Persalinan**

Sesuai dengan anjuran dokter Sp.OG, ibu dilakukan persalinan dengan metode SC elektif karena Ny S memiliki riwayat SC 2 kali dan dan terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). *Sectio Caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus, sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat.<sup>36</sup> *Sectio caesarea* elektif direncanakan lebih dulu dan dilakukan pada kehamilan cukup bulan. *Sectio caesarea* sekunder dilakukan karena partus percobaan dianggap gagal atau karena timbul indikasi untuk menyelesaikan persalinan secepat mungkin, sedang syarat-syarat untuk persalianan pervaginam tidak atau belum terpenuhi.<sup>37</sup>

Hasil anamnesa melalui Whatsapp, Ny S mengatakan saat di RS Mitra Paramedika pada tanggal 09 Februari 2023, ibu mengatakan belum ada

kontraksi, belum mengeluarkan cairan dan lendir darah dari jalan lahir dan gerakan janin masih aktif. Ny S kemudian dijadwalkan SC elektif pada usia kehamilan 38 minggu oleh dokter Sp.OG pada tanggal 09 Februari 2023 di RS Mitra Paramedika. Bayi Ny. S lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB, dengan jenis kelamin perempuan, BB lahir 2.700 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, Lila 11 cm, LD 33 cm. Saat lahir By. Ny. S langsung menangis. Berdasarkan buku KIA, pemeriksaan fisik : tidak ada kelainan, bayi sudah diberikan salep mata, injeksi vit K, imunisasi Hb 0. Tidak ada komplikasi dan kegawatdaruratan yang terjadi pada Ny. S maupun bayinya saat persalinan.

### **C. Asuhan Kebidanan pada bayi dan neonatus**

Bayi Ny S lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB dengan jenis kelamin perempuan. Riwayat persalinannya lahir SC pada usia kehamilan 38 minggu di RS Mitra Paramedika. Berdasarkan buku KIA, bayi Ny S sudah diberikan salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri serta imunisasi Hb 0 pada paha kanan bayi. Memberikan salep mata pada kedua mata bayi berguna untuk mencegah infeksi pada mata bayi. Melakukan penyuntikan Vit K 1 mg di paha kiri secara IM yang berguna untuk mencegah perdarahan. Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir By. Ny. S yaitu 2.700 gram dengan panjang badan 47 cm dan lingkar kepala 33 cm., lingkar dada 33 cm, lingkar lengan atas 11 cm. Suhu : 36,7°C, RR : 48 x/menit, HR: 138 x/menit. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan.

Ibu mengatakan pada tanggal 12 Februari 2023, ibu dan bayi sudah diperbolehkan pulang karena kondisi sudah stabil dan baik. Terapi obat saat pulang yang diberikan dari RS yaitu cefadroxin sebanyak 15 tablet diminum

2 x 1, asam mefenamat sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1, etabion sebanyak 15 tablet diminum 1 x 1, dan sari ASI sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1.

Pada tanggal 16 Februari dilakukan pengkajian melalui media whatsapp dan didapatkan hasil ibu mengatakan sudah kontrol bayi di RS Mitra Paramedika dan bayi dalam keadaan sehat. Bayi diberikan ASI setiap 2 jam atau secara on demand, bayi sudah BAB dan BAK, tidak ada demam, tidak rewel. Hasil pemeriksaan berat badan bayi Ny S : 2840 gr, panjang badan 47 cm dan lingkar kepala 33 cm., lingkar dada 33 cm, lingkar lengan atas 11 cm. Suhu : 36,8°C, RR : 44 x/menit, HR: 136 x/menit. Keadaan umum baik, kulit tidak ikterik, tali pusat sudah puput. Diperoleh diagnosa By. Ny.S usia 7 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

Pada tanggal 9 Maret 2023, Ibu mengatakan bayi sudah imunisasi BCG di PMB Sulatri pada usia bayi 1 bulan. Saat ini tidak ada keluhan pada bayinya, bayi menyusu dengan baik. Ibu mengatakan berat badan bayi juga sudah meningkat.

#### **D. Asuhan Kebidanan pada Nifas**

Pada tanggal 10 Februari 2023 dilakukan pengkajian berdasarkan hasil anamnesa melalui whatsapp dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu. Ibu mengatakan nyeri luka jahitan diperutnya. Hasil pemeriksaan dirumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik. TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 20 x/ menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, lochea rubra. Diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun *post sectio caesarea* atas indikasi Re- SC hari ke – 0 normal. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap post operasi, lebersihan diri dan daerah kewanitaan, memberikan KIE tanda bahaya nifas dan

pemenuhan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan kondisi ibu.

Pada tanggal 12 Februari 2023, ibu dan bayi sudah diperbolehkan pulang karena kondisi sudah stabil dan baik. Terapi obat saat pulang yang diberikan dari RS yaitu cefadroxin sebanyak 15 tablet diminum 2 x 1, asam mefenamat sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1, etabion sebanyak 15 tablet diminum 1 x 1, dan sari ASI sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1.

Pada tanggal 16 Februari 2023, ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk, berjalan dan melakukan kegiatan rumah tangga. Asi lancar, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, BAK dan BAB seperti biasa, istirahat berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya dan merawat anak pertama dan kedua. Diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun P3Aab0Ah3 post Sectio Caesarea hari ke – 7 normal. Asuhan yang diberikan memberikan KIE pada ibu tentang kebersihan jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk memperbanyak makan-makanan yang mengandung protein tinggi agar mempercepat pemulihan luka jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk istirahat ketika bayi juga dalam kondisi istirahat sehingga tidak mudah lelah serta menganjurkan suami juga berperan aktif/ ikut serta merawat anak agar ibu tidak terlalu kelelahan, dan memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan jika ada keluhan.

Berdasarkan pengkajian data subjektif, Ibu mengatakan pola tidur berkurang karena saat malam hari bayi sering rewel. Pada malam hari ibu tidur selama 4-5 jam dan siang hari 1 jam. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dewi Tentang Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelancaran Produksi ASI menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola istirahat terhadap kelancaran produksi ASI dan istirahat yang kurang memiliki risiko 10,500 kali menyebabkan ketidaklancaran produksi ASI daripada istirahat yang cukup. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. Kondisi ibu yang terlalu letih dan kurang istirahat akan menyebabkan ASI

berkurang, hal yang bisa diantisipasi dengan mengikuti pola tidur bayi, setidaknya ibu bisa terbantu dengan mendapatkan waktu istirahat yang lebih cukup.<sup>38</sup> Untuk mengatur istirahat ibu yang cukup menganjurkan ibu tidur saat bayi tidur agar pola tidur ibu tidak terganggu. Pada masa postpartum, ibu membutuhkan istirahat dan tidur yang cukup. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

#### **E. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana**

Berdasarkan hasil anamnesa melalui Whatsapp pada tanggal 09 Februari 2023, Ny S mengatakan sudah menggunakan KB IUD Post plasenta. Pada pemasangan IUD post plasenta umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia diuterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur. Efektifitas KB IUD Post plasenta tergolong tinggi. Tiap tahunnya 3-8 wanita mengalami kehamilan dari 1000 wanita yang menggunakan IUD jenis Copper T 380A. Kejadian hamil yang tidak diinginkan pada pasca insersi IUD post plasenta sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan setelah pemasangan. Setelah 1 tahun, penelitian menemukan angka kegagalan IUD post plasenta 0.8 %, dibandingkan dengan pemasangan setelahnya. Angka keberhasilannya ditentukan oleh waktu pemasangan, tenaga kesehatan yang memasang, dan teknik pemasangannya. Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

Pada saat hamil trimester III, Ny S dan suami sudah ada rencana menggunakan KB IUD pasca salin karena ingin takut kebobolan lagi, dan memulihkan organ reproduksinya dahulu pasca operasi SC 3 kali serta ingin mengatur jarak kehamilan. Ibu mengatakan sebelum dilakukan operasi SC, ibu dan suami sudah menandatangani informed consent pemasangan KB IUD Post plasenta. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat menggunakan KB IUD Pasca salin.



## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dalam kasus ini, kami memahami kasus secara nyata tentang asuhan berkesinambungan yang diberikan pada kasus Ny S. Asuhan kebidanan yang diberikan Ny S berjalan sesuai teori. Selain itu dari penatalaksanaan kasus ini kami dapat:

1. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif, diperoleh suatu diagnosa Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 usia kehamilan 31 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan kehamilan risiko tinggi. Pada kasus ini tidak ditemukan adanya kegawatan maupun masalah selama masa kehamilan pada Ny S.
2. Persalinan Ny S berlangsung secara tindakan SC elektif pada tanggal 09 Februari 2023 di usia kehamilan 38 minggu atas indikasi riwayat SC berulang dan jarak kehamilan  $\leq 2$  tahun oleh dokter Sp. OG di RS Mitra Paramedika. Bayi lahir lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB dengan jenis kelamin perempuan, BB lahir 2.700 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, Lila 11 cm, LD 33 cm. Tidak ada komplikasi dan kegawatdaruratan yang terjadi pada Ny. S maupun bayinya saat persalinan
3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny. S berlangsung secara normal, bayi baru lahir Ny. S lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dan berat bayi baru lahir cukup. Bayi telah diberikan injeksi vitamin K, salep mata, dan imunisasi Hb 0. Bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan
4. Selama masa nifas keadaan Ny. S baik, tidak terdapat keluhan dan komplikasi. Asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. S sesuai dengan kebutuhan ibu nifas meliputi KIE mengenai nutrisi, personal hygiene, pola aktifitas dan pola istirahat, ASI eksklusif, serta perawatan bayi.

5. Asuhan kebidanan pada keluarga berencana, Ny S sudah menggunakan KB IUD Post plasenta pada tanggal 09 Februari 2023. Ny S dan suami menggunakan KB IUD post plasenta karena ingin takut kebobolan lagi, dan memulihkan organ reproduksinya dahulu pasca operasi SC 3 kali serta ingin mengatur jarak kehamilan.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan**

Laporan ini dapat dijadikan sebagai tambahan pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam menerapkan asuhan kebidanan yang serupa secara berkesinambungan terhadap ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

### **2. Bagi Bidan Pelaksana di Puskesmas Turi**

Diharapkan dapat mempertahankan pelayanan kebidanan dengan konseling, informasi dan edukasi (KIE) serta melakukan kolaborasi apabila dijumpai masalah ibu dengan kehamilan risiko tinggi.

### **3. Bagi Pasien**

Diharapkan ibu hamil dapat memiliki pengetahuan kehamilan berisiko sehingga ibu dapat rutin untuk memeriksakan kehamilan dan mencegah terjadinya masalah komplikasi pada saat hamil, persalinan, bayi dan nifas

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018] [Internet]. 2019. 207 p. Available from: [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Infomasi\\_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Infomasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf)
2. Susiana S. Angka Kematian Ibu: Faktor Penyebab dan Upaya Penanganannya. Jakarta Pusat: Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI; 2019.
3. Kesehatan K. Pusat Data dan Informasi Kesehatan Ibu [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatinibu.%0Apdf>
4. Rochjati P. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press; 2017.
5. Sandall, J, et.all. 2013. *Midwife-led Continuity versus others Models of care for Childbearing women (review)*. *The Cochrane Collaboration* <http://www.thecochranelibrary.com>.
6. Saifuddin AB. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2012.
7. Khairoh, Miftahul D. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan kehamilan*. Surabaya: Jakad Publishing Surabaya; 2019.
8. Prawirohardjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
9. Fatimah dan Nuryaningsih. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Fakultas kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta; 2017.

10. Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta : Fitramaya.
11. Ujiningtyas, C. Sri Hari. 2009. *Asuhan Keperawatan Persalinan Normal*. Jakarta: Salemba Medika.
12. Manuaba. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2010.
13. Ari, Sulistyawati, Esty Nugraheny. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
14. Rohani, dkk. (2011). *Asuhan kebidanan pada masa persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.
15. Rustam M. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC; 2012.
16. Winkjosastro. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2011.
17. Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
18. Saleha, Siti. 2013. *Asuhan kebidanan pada masa nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
19. Varney, Helen, Jan M.Kriebs. Carolyn L.Gegor. 2015. *Varney's Midwifery*: EGC.
20. Ambarwati, Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Nuha Medika: Yogyakarta.
21. Rukiyah A Y, Lia Y. 2010. *Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan*. Jakarta:Trans Info Media.
22. Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, D., & Wilis. 2014. *Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

23. Nurjanah, S.N., Maemunah, A. S., & Badriah, D.L. 2013. *Asuhan Kebidanan Post Partum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. Bandung: PT Refrika Aditama.
24. Supriasa IDN, Bakri B, Fajar I. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2014.
25. Bahiyatun. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
26. Mitayani. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
27. Walyani, Purwoastuti. *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.; 2015.
28. Handayani S. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama; 2010.
29. Hananto. 2013. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
30. Saifuddin AB. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
31. Saiffudin, A B. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP; 2014.
32. Saifuddin AB dkk. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.
33. Widiasih H dkk. *Modul Praktik Asuhan Kebidanan Holistik Pada Remaja dan Pranikah*. Cetakan I. Vol. 53, Kemampuan Koneksi Matematis (Tinjauan Terhadap Pendekatan Pembelajaran Savi). Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta; 2018. 1689–1699 p.
34. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2017.

35. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang Profesi Bidan. Kemenkes RI; 2020.
36. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Y. SC. *Obstetri Williams*. 23rd ed. Jakarta: EGC; 2014.
37. Zakiya S. *Asuhan Kebidanan Pada Ny.N Dengan Diagnosa Medis “ Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Cepalo Pelvic Disproportion ” Di Ruang Nifas Rsud BangiL*. 2020;
38. Dewi ADC. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelancaran Produksi ASI. *J Aisyiyah Med*. 2019;4.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Asuhan Kebidanan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL  
NY S UMUR 29 TAHUN G3P2Ab0Ah2 UMUR KEHAMILAN 31 MINGGU  
DENGAN KEHAMILAN RISIKO SANGAT TINGGI DI PUSKESMAS TURI**

Tanggal Pengkajian : 14 Desember 2022  
Nama Mahasiswa : Irma Nuraini Zullaika

#### IDENTITAS PASIEN

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. S	Tn. A
Umur	: 29 tahun	33 tahun
Pendidikan	: SLTA	D3
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Agama	: Islam	Islam
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia	Jawa/ Indonesia
Alamat	: Kendal, Turi, Sleman	

#### DATA SUBYEKTIF

1. Kunjungan saat ini

Ibu mengatakan ingin memeriksakan rutin kehamilannya, saat ini tidak ada keluhan.

2. Riwayat Menstruasi

Menarche umur 13 tahun. Siklus 28 hari. Teratur. Lama 5 - 6 hari. Sifat Darah encer. Tidak ada fluor albus. Tidak disminorea. Banyak darah kurang lebih 3-4 x ganti pembalut dalam sehari.

3. Riwayat Kehamilan ini

a. Riwayat ANC

HPHT : 16 – 05-2022

HPL : 23-02-2023

b. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 17 minggu. Pergerakan janin saat ini dalam 12 jam terakhir lebih dari 12 kali.

c. Keluhan yang dirasakan

Trimester I : mual

Trimester II : tidak ada

Trimester III : tidak ada

d. Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3 x dalam sehari dengan nasi (porsi sedang atau satu piring tidak penuh) menggunakan lauk dan sayur. Lauk nabati seperti tahu,tempe hampir tersedia setiap hari dan untuk lauk/ protein hewani seperti telur (2-3x/ minggu). Ibu mengatakan sering makan buah-buahan dan sayur. Untuk kebiasaan minum air putih 8-9 gelas/hari.

e. Pola Eliminasi	BAB	BAK
Frekuensi	1 kali / hari	± 5-6 x /hari
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning
Bau	Khas feses	Khas urine
Konsisten	Lunak	Cair

f. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari : ibu sebagai ibu rumah tangga dan setiap hari melakukan pekerjaan rumah tangga pada umumnya seperti memasak, mencuci, menyapu, dll

Istirahat/Tidur : Ibu mengatakan jarang tidr siang, saat malam ibu tidur selama 7 jam

g. Pola hubungan seksual : ibu mengatakan frekuensi hubungannya : 1-2 kali/seminggu, tidak merasa sakit ataupun mengeluarkan flek atau bercak darah setelah melakukan hubungan seksual.



h. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi 2 kali/hari

Kebiasaan membersihkan alat kelamin : Setiap selesai BAB, BAK dan mandi, area kewanitaannya jarang dikeringkan setelah BAK/BAB. Kebiasaan mengganti pakaian dalam : 2x/hari setelah mandi. Jenis pakaian dalam yang digunakan yaitu bahan katun.

i. Riwayat Imunisasi : ibu mengatakan sudah imunisasi TT lengkap (TT5) saat caten.

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

Hamil ke	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	UK	Jenis persalinan	Penolong	Komplikasi		Jenis kelamin	BB lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	14/07/2016	37 minggu	SC a/i Plasenta previa	Dokter Sp.OG	Tidak ada	Tidak ada	Laki-Laki	2300 gram	Ya	Tidak ada
2	05/08/2021	39 minggu	SC a/i Re- SC	Dokter Sp.OG	Tidak ada	Tidak ada	Laki - Laki	2400 gram	ya	Tidak ada
3	Hamil ini ( 2022)									

5. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan : ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun.

6. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak sedang / pernah menderita penyakit sistemik seperti DM, Asma, Jantung, HIV, dan Hepatitis. Ibu mengatakan saat ini tidak mengalami batuk, pilek, demam tinggi, pusing dan diare. Ibu dan keluarga tidak keluar kota dalam 3 bulan terakhir dan tidak ada keluarga atau tetangga yang terpapar atau sedang isolasi karena Covid - 19

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak sedang / pernah menderita penyakit DM, Asma, Jantung, HIV, dan Hepatitis

- c. Riwayat keturunan kembar : Tidak ada
- d. Riwayat Alergi : Tidak ada
- e. Kebiasaan-kebiasaan Ibu dan keluarga (Suami dan anggota keluarga lain)
  - Merokok : Tidak
  - Minum jamu jamuan : tidak
  - Minum-minuman keras : tidak
  - Makanan/minuman pantang : tidak ada
  - Perubahan pola makan (termasuk nyidam, nafsu makan turun, dll) : tidak

7. Riwayat psikososial

- a. Kehamilan ini : Ny S mengatakan bahwa kehamilan ini tidak direncanakan karena kebobolan tetapi Ny S dan keluarga menerima kehamilan ini dan menganggap sebagai rezekinya.
- b. Pengetahuan ibu tentang kehamillan  
Ibu mengatakan ibu cukup mengetahui tentang kehamilannya. Ibu telah memperoleh infoermasi mengenai kehamilannya saat pemeriksaan kehamilan, ibu mendapat informasi mengenai kehamilannya dari bidan dan dokter kandungan.
- c. Persiapan/rencana persalinan  
Ny S berencana untuk melahirkan di rumah sakit ditolong oleh dokter Sp.OG dengan menggunakan jaminan kesehatan BPJS, alat transportasi menggunakan motor. Ibu mengatakan sudah menyiapkan kebutuhan untuk persiapan kelahiran bayinya.

**DATA OBYEKTIF**

1. Pemeriksaan Umum

KU : Baik

Vital Sign : TD : 113/72 mmHg R : 18 x/m

N : 82x/m

BB sebelum hamil : 52 kg TB : 155 cm LILA: 26 cm

BB sekarang : 56,1 kg IMT : 21,64 kg/m<sup>2</sup>

Mata : konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik

Muka : tidak pucat, tidak oedema  
Bibir : tidak pucat dan tidak kering  
Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid/limfa  
Payudara : areola hiperpigmentasi, colostrum belum keluar.  
Abdomen : simetris, terdapat bekas luka operasi, pembesaran perut sesuai usia kehamilan.

Palpasi Leopold :

Leopold I : TFU 3 jari di atas pusat. Pada fundus teraba bulat, tidak melenting, tahanan tidak kuat. Kesimpulan bokong janin.

Leopold II : Perut sebelah kiri teraba bergeronjal, tidak rata. Kesimpulan : bagian kecil janin. Perut sebelah kanan teraba keras, memanjang, rata. Kesimpulan: Punggung janin.

Leopold III : Teraba bulat, keras, ada tahanan, tidak dapat digoyangkan.

Kesimpulan : bagian terbawah rahim adalah kepala

Leopold IV : Tangan pemeriksa konvergen. Kesimpulan bagian terendah janin belum masuk panggul.

Ekstremitas : tidak ada oedema, reflek patela +

## 2. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 18 November 2022 : HbSAg negatif, PITC NR, IMS Non Reaktif, golongan darah O Rhesus +. Hasil Laboratorium pada tanggal 2 Desember 2022 : 11 gr/dL dan urine dalam batas normal.

3. Jumlah skor pada KSPR ( Kartu Skor Poedji Rochjati) pada Ny S adalah 14 dengan rincian skor yaitu skor awal ibu hamil : 2, Terlalu cepat hamil lagi  $\leq 2$  tahun : 4 dan pernah operasi SC : 8 sehingga kehamilan Ny S termasuk Kehamilan Risiko Sangat Tinggi ( KRST) karena skor total  $\geq 12$

## ANALISA

Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 umur kehamilan 31 minggu dengan kehamilan risiko tinggi

## **PENATALAKSANAAN**

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu saat ini umur kehamilan ibu yaitu 31 minggu, hasil pemeriksaan vital sign dalam batas normal, kondisi ibu dan janin saat ini dalam keadaan baik.  
Evaluasi : ibu paham dan mengerti informasi yang diberikan
2. Memberitahu ibu bahwa kehamilannya saat ini termasuk kelompok kehamilan risiko sangat tinggi karena ibu memiliki riwayat persalinan dengan operasi sesar (SC), terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun)  
Evaluasi : ibu mengerti informasi yang diberikan
3. Memberikan KIE kepada ibu tentang kehamilan risiko tinggi. Kehamilan risiko tinggi adalah hamil yang mempunyai risiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan atau persalinannya dibandingkan dengan ibu hamil dengan kehamilan atau persalinan normal. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin agar masalah dan komplikasi akibat kehamilan risiko tinggi dapat dideteksi dan diatasi secepatnya oleh tenaga medis dan menyarankan persiapan persalinan dilakukan di rumah sakit untuk menghindari komplikasi obstetrik pada kehamilan, persalinan dan nifas.  
Evaluasi : ibu bersedia untuk periksa kehamilan secara rutin
4. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya kehamilan yaitu perdarahan dari jalan lahir, pusing berkepanjangan atau menetap, pandangan mata kabur, kaki / tangan /wajah engkang, sesak nafas yang tidak berkurang saat beristirahat, keluar cairan pervaginam, demam tinggi, gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 24 jam. Ibu diharapkan datang jika ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat jika terdapat tanda bahaya tersebut.  
Evaluasi : Ibu bersedia datang ke fasilitas kesehatan jika terjadi hal tersebut
5. Memberikan konseling mengenai KB pasca bersalin atau kontrasepsi yang akan digunakan setelah melahirkan agar proses pemulihan kesehatan dan organ reproduksinya berjalan dengan baik serta bisa mengatur jarak kehamilannya agar tidak terlalu dekat.  
Evaluasi : Ny S mengatakan ibu berencana untuk menggunakan KB IUD post plasenta agar tidak kebobolan lagi. Suami Ny S juga sudah menyetujuinya.

6. Mengingatkan ibu untuk minum tablet tambah darah untuk mencegah anemia dan kalsium secara rutin.

Evaluasi : ibu bersedia untuk minum obat secara rutin.

7. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau ketika ada keluhan.

Evaluasi : ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

**ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN**  
**NY. S UMUR 29 TAHUN G3P2Ab0 UK 36 MINGGU 3 HARI DENGAN**  
**KEHAMILAN RISIKO SANGAT TINGGI**

TANGGAL : 21 Januari 2023

Pengkajian : Kunjungan Rumah

S	Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Gerakan janin aktif .
O	Keadaan umum: baik Kesadaran : composmentis TTV dalam batas normal
A	Ny. S umur 29 tahun G3P2Ab0 UK 36 minggu 3 hari dengan kehamilan risiko sangat tinggi.
P	1. Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa tanda vital Ny S dalam batas normal. Evaluasi : ibu merasa lega dan senang 2. Memberitahu ibu untuk memantau gerak janin dengan minimal gerak 10 kali dalam 12 jam. apabila ibu merasa gerak janin ibu kurang aktif atau tidak bergerak segera periksa ke fasilitas kesehatan. Evaluasi : ibu mengerti informasi yang diberikan 3. Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan yang sudah disiapkan di buku KIA dan P4K, meliputi tempat fasilitas kesehatan, penolong, kendaraan, calon pendonor darah, dan atau jaminan kesehatan untuk persalinan, dan persiapan baju ibu dan bayi

	Evaluasi: ibu sudah menyiapkan persiapan persalinan.
4.	Memberikan edukasi tanda tanda persalinan dan apabila ibu sudah merasakan adanya tanda – tanda persalinan, ibu diminta untuk segera ke rumah sakit .  Evaluasi : ibu mengerti
5.	Mengingatkan untuk minum tablet tambah darah dan kalsium secara rutin. Evaluasi penatalaksanaan Ny S bersedia untuk mengikuti nasihat yang diberikan.

### **RIWAYAT PERSALINAN**

\* Hasil data diperoleh dari pernyataan ibu melalui media whatsapp dan buku KIA.

Sesuai dengan anjuran dokter Sp.OG, ibu dilakukan persalinan dengan metode SC elektif karena Ny S memiliki riwayat SC 2 kali dan dan terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). Hasil anamnesa melalui Whatsapp, Ny S mengatakan saat di RS Mitra Paramedika pada tanggal 09 Februari 2023, ibu mengatakan belum ada kontraksi, belum mengeluarkan cairan dan lendir darah dari jalan lahir dan gerakan janin masih aktif. Ny S kemudian dijadwalkan SC elektif pada usia kehamilan 38 minggu oleh dokter Sp.OG pada tanggal 09 Februari 2023 di RS Mitra Paramedika. Bayi Ny. S lahir secara spontan pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB, dengan jenis kelamin perempuan, BB lahir 2.700 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, Lila 11 cm, LD 33 cm. Saat lahir By. Ny. S langsung menangis. Berdasarkan buku KIA, pemeriksaan fisik : tidak ada kelainan, bayi sudah diberikan salep mata, injeksi vit K, imunisasi Hb 0. Tidak ada komplikasi dan kegawatdaruratan yang terjadi pada Ny. S maupun bayinya saat persalinan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR By Ny S USIA 1 HARI**  
**CUKUP BULAN LAHIR SC a/i Re-SC SESUAI MASA KEHAMILAN**  
**NORMAL**

Pengkajian Tanggal, Jam : 10-02-2023

Media : *WhatsApp*

\*(Pengkajian berdasarkan anamnesa dan dokumentasi pemeriksaan di buku KIA)

S	<p>Nama: By. Ny. S</p> <p>TTL: 09-02-2023/ 19.30 WIB</p> <p>Jenis Kelamin: Perempuan</p> <p>Riwayat Persalinan:</p> <p>Bayi lahir aterm, lahir secara SC, di tolong oleh dokter, tidak ada komplikasi baik ibu maupun bayi. BB lahir: 2700 gr, PB: 47 cm, LK: 33 cm, lingkar dada 33 cm, lingkar lengan atas 11 cm</p> <p>Bayi mau menyusu, sudah BAK, dan BAB mekonium.</p> <p>Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan.</p>
O	Tidak dilakukan
A	By. Ny. S umur 1 hari cukup bulan lahir SC a/i Re-SC sesuai masa kehamilan normal
P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya yaitu dengan cara memakaikan topi, selimut, serta segera mengganti popok yang sudah basah. (Ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya)</li> <li>2. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin minimal 2 jam sekali, atau semau bayi dan juga melakukan ASI eksklusif selama 6 bulan. (Ibu bersedia menyusui bayinya sesering mungkin dan ASI eksklusif)</li> <li>3. Memberitahu ibu tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusu, bayi terlihat kuning, demam tinggi, tidak sadar, dan memuntahkan ASI yang diberikan. (Ibu mengerti tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi)</li> </ol>

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR By Ny S USIA 7 HARI  
 CUKUP BULAN LAHIR SC a/i Re-SC SESUAI MASA KEHAMILAN  
 NORMAL**

Pengkajian Tanggal, Jam : 16-02-2023

Media : *WhatsApp*

\*(Pengkajian berdasarkan anamnesa dan dokumentasi pemeriksaan di buku KIA)

S	Ibu mengatakan sudah kontrol bayi di RS Mitra Paramedika dan bayi dalam keadaan sehat. Bayi diberikan ASI setiap 2 jam atau secara on demand, bayi sudah BAB dan BAK, tidak ada demam, tidak rewel. Berdasarkan buku KIA, hasil pemeriksaan berat badan bayi Ny S : 2840 gr, panjang badan 47 cm dan lingkar kepala 33 cm., lingkar dada 33 cm, lingkar lengan atas 11 cm. Suhu : 36,8°C, RR : 44 x/menit, HR: 136 x/menit. Keadaan umum baik, kulit tidak ikterik, tali pusat sudah puput
O	Tidak dilakukan
A	By. Ny. S umur 1 hari cukup bulan lahir SC a/i Re-SC sesuai masa kehamilan normal
P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pujian dan support kepada ibu. Memberitahu ibu bahwa dengan kondisi yang disampaikan ibu keadaan bayinya sehat dan hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal. Evaluasi : Ibu mengetahui dan mengerti</li> <li>2. Mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya yaitu dengan cara memakaikan topi, selimut, serta segera mengganti popok yang sudah basah. Evaluasi : Ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya</li> <li>3. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin minimal 2 jam sekali, atau semau bayi dan juga melakukan ASI eksklusif selama 6 bulan. Evaluasi : Ibu bersedia menyusui bayinya sesering mungkin dan ASI eksklusif.</li> </ol>



**ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS  
PADA BY. NY. S UMUR 30 HARI CUKUP BULAN SESUAI MASA  
KEHAMILAN DENGAN IMUNISASI BCG**

Tanggal : 09 Maret 2023

Pengkajian : Whatsapp

S	Ibu mengatakan bayi sudah imunisasi BCG di PMb Sulastri pada usia bayi 1 bulan. Saat ini tidak ada keluhan pada bayinya, bayi menyusu dengan baik.
O	Keadaan umum By. Ny. S baik
A	By. Ny. S umur 30 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal dengan imunisasi BCG.
P	Memberikan apresiasi kepada ibu karena sudah mengimunisasi bayinya untuk meningkatkan sistem kekebalan aktif pada bayi dan melindungi bayi dari berbagai penyakit. Menjelaskan efek samping setelah imunisasi BCG, memberikan KIE imunisasi bayi selanjutnya dan memotivasi ibu untuk ASI eksklusif yaitu hanya ASI saja sampai usianya 6 bulan, tanpa minuman dan makanan tambahan, susui bayi sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali.

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NIFAS Ny. S USIA 29 TAHUN  
P3Ab0Ah3 POST PARTUM SECTIO CAESAREA a/i Re-SC HARI KE-1  
NORMAL**

TANGGAL/JAM : 10 Februari 2023

Media : WhatsApp

S	Ibu mengatakan nyeri luka jahitan diperutnya. ASI sudah keluar sedikit. Hasil pemeriksaan dirumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik dan sehat
O	Tidak dilakukan

A	Ny. S umur 29 tahun P3A0 pospartum Sectio Caesarea a/i Re- SC hari ke -1
P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan KIE untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap dan memberikan konseling tentang nyeri post operasi. Evaluasi: ibu mengerti informasi yang diberikan.</li> <li>2. Menganjurkan ibu mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi seimbang. Protein membantu penyembuhan luka, proses kembalinya organ kandungan seperti sebelum hamil dan produksi ASI. Evaluasi : Ibu bersedia, ibu tidak ada alergi makanan,</li> <li>3. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan genetalia. Evaluasi : Ibu bersedia, ibu sudah dapat ke kamar mandi sendiri.</li> <li>4. Menganjurkan ibu tetap menyusui bayi sesuai permintaan bayi atau minimal 2 jam sekali dengan teknik menyusui yang benar. Evaluasi : Ibu bersedia, ibu mengaku sudah diajarkan cara menyusui yang benar.</li> <li>5. Menganjurkan ibu kelola stress dan istirahat cukup agar produksi ASI banyak. Evaluasi : Ibu bersedia.</li> <li>6. Memberikan KIE tanda bahaya nifas seperti perdarahan berlebih, demam, pusing, dll. Evaluasi : Ibu merespon dengan baik.</li> </ol>

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NIFAS Ny. S USIA 29 TAHUN  
P3Ab0Ah3 POST PARTUM SECTIO CAESAREA a/i Re-SC HARI KE- 7  
NORMAL**

TANGGAL/JAM : 16 Februari 2023

Media : WhatsApp

S	Ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk,berjalan dan melakukan kegiatan rumah tangga. Asi lancar, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, BAK dan BAB seperti biasa, istirahat berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya dan merawat anak pertama dan kedua.
---	---

O	Tidak dilakukan
A	Ny. S umur 29 tahun P3A0 pospartum Sectio Caesarea a/i Re- SC hari ke -7 normal
P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan KIE pada ibu tentang kebersihan jahitan operasi</li> <li>2. Menganjurkan ibu untuk memperbanyak makan-makanan yang mengandung protein tinggi agar mempercepat pemulihan luka jahitan operasi,</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk istirahat ketika bayi juga dalam kondisi istirahat sehingga tidak mudah lelah serta menganjurkan suami juga berperan aktif/ ikut serta merawat anak agar ibu tidak terlalu kelelahan, dan</li> <li>4. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan jika ada keluhan.</li> </ol>

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NIFAS Ny. S USIA 29 TAHUN  
P3Ab0Ah3 POST PARTUM SECTIO CAESAREA a/i Re-SC HARI KE- 42  
NORMAL**

TANGGAL/JAM : 21 Maret 2023

Media : WhatsApp

S	Ibu mengatakan saat ini sudah tidak ada keluhan, luka jahitan operasi sudah membaik kering dan tidak nyeri, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut. Ibu mengatakan tidak ada keluhan selama pemakaian KB IUD Post plasenta.
O	TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 20 x/ menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, lochea rubra

A	Ny. S umur 29 tahun P3A0 pospartum Sectio Caesarea a/i Re- SC hari ke - 42 normal
P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dengan telaten. Evaluasi : ibu bersedia untuk asi eksklusif untuk bayinya.</li> <li>2. Mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya pada usia bayi 2 bulan untuk memperoleh imunisasi DPT – Hb-Hib 1 dan IPV 1. Evaluasi : ibu mengerti informasi yang disampaikan.</li> </ol>

## Lampiran 2. Dokumentasi Foto Pelaksanaan COC



### Lampiran 3. Informed Consent

#### INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Rokhanah  
Tempat/Tanggal Lahir : Sleman, 22 Desember 1992  
Alamat : Kendal

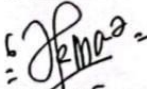
Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik Continuity of Care (COC) pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2020/2021. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindari kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.


Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, ..... 21 Maret 2023 .....

Mahasiswa

  
Irma Nurafat Zullaika

Klien

  
Siti Rokhanah

#### Lampiran 4. Surat telah selesai asuhan

### SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pembimbing Klinik : RINA IVANTI D.S., Amd. Keb  
Instansi : Puskesmas/PMB ..... TURI

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : IRMA NURAINI ZULLAIKA  
NIM : P07124522111  
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan  
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistik Continuity of Care (COC)

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 14/12<sup>22</sup> sampai dengan 21/03<sup>2023</sup>

Judul asuhan: KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY.S UMUR 29 TAHUN G3P2A0A02 DENGAN KEHAMILAN RESIKO SANGAT TINGGI DI PUSKESMAS TURI

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

Yogyakarta, 21 Maret 2023

Bidan (Pembimbing Klinik)  
  
RINA IVANTI D.S., Amd. Keb

## HUBUNGAN ANTARA FAKTOR RISIKO KEHAMILAN DENGAN JENIS PERSALINAN DI PMB BIDAN DARMISIH DEPOK TAHUN 2022

Syarini Novita<sup>1\*</sup> dan Kurnia Dwi Rimandini<sup>1</sup>

1. Akademi Kebidanan Keris Husada, Jakarta

\*E-mail : [syarinibuna@gmail.com](mailto:syarinibuna@gmail.com)

[rimanginia@gmail.com](mailto:rimbanginia@gmail.com)

### Abstrak

Pada tahun 2017 AKI di Jawa Barat sebesar 76,03 per 100.000 KH dengan jumlah kematian ibu maternal yang dilaporkan di Provinsi Jawa Barat sebanyak 696 orang. Persalinan merupakan hal yang fisiologis. Namun, dari persentase 100 % terdapat 15 % dari kehamilan atau persalinan yang akan mengalami komplikasi. Sebagian besar komplikasi tidak dapat diprediksi sehingga setiap kehamilan atau persalinan yang dihadapi oleh seorang ibu dianggap beresiko. Menurut Riskesdas tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode SC perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan. Terdapat pula beberapa gangguan /komplikasi persalinan pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 23,2%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara faktor risiko kehamilan dengan jenis persalinan di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022.

Metode Penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *cohort retrospective study*. Sampel penelitian ini berjumlah 115 responden, menggunakan data sekunder rekam medik pasien yang bersalin di PMB Bidan Darmisih maupun yang melakukan rujukan ke Rumah Sakit. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat menggunakan *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan Sebagian besar ibu yang bersalin di PMB Bidan Darmisih dalam kategori Kehamilan Risiko Rendah (KRR) sebesar 55,7%. Berdasarkan variabel jenis persalinan di PMB Bidan Darmisih paling banyak dengan jenis persalinan pervaginam sebesar 79,1%. Adanya hubungan yang bermakna antara faktor risiko kehamilan dengan jenis persalinan di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022, hasil uji statistik diperoleh nilai *P value*  $0,000 < \alpha 0,05$  dan hasil OR menunjukkan 1,89, yang artinya ibu yang memiliki tingkat Risiko Kehamilan Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) berisiko 1,89 kali untuk bersalin secara perabdominal (SC), dibandingkan ibu dengan Kehamilan Risiko Rendah (KRR).

Saran bagi Bidan dan Ibu Hamil, dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu, perlunya meningkatkan pendidikan kesehatan dan informasi kepada ibu hamil tentang kehamilan risiko tinggi dan menyarankan ibu hamil untuk melakukan Antenatal Care secara teratur, guna mendeteksi dini adanya komplikasi/penyulit kehamilan.

Kata Kunci : Faktor Risiko Kehamilan dan Jenis Persalinan

### Abstract

In 2017 the MMR in West Java was 76.03 per 100,000 KH with the number of reported maternal deaths in West Java Province as many as 696 people. Childbirth is a physiological thing. However, from the percentage of 100% there are 15% of pregnancies or deliveries that will experience complications. Most of the complications are unpredictable so every pregnancy or delivery faced by a mother is considered a risk. According to Riskesdas 2018, the number of deliveries using the SC method for women aged 10-54 years in Indonesia reached 17.6% of the total number of deliveries. There are also several birth disorders/complications in women aged 10-54 years in Indonesia reaching 23.2%. This study aims to determine the relationship between pregnancy risk factors and the type of delivery at PMB Midwife Darmisi in 2022.

Methods This research is analytic observational with a cohort retrospective study approach. The sample of this study amounted to 115 respondents, using secondary data from medical records of patients who gave birth at PMB Midwife Darmisi and who made referrals to hospitals. The data analysis performed was univariate and bivariate analysis using chi square. The results showed that the majority of mothers who gave birth at PMB Midwife Darmisih were in the Low Risk Pregnancy (KRR) category of 55.7%. Based on the variable of type of delivery in PMB, Midwife Darmisi was the most frequent with vaginal delivery of 79.1%. There is a significant relationship between pregnancy risk factors and the type of delivery at PMB Midwife Darmisih in 2022, the results of the statistical test obtained a *P value* of  $0.000 < 0.05$  and the OR results showed 1.89, which means that mothers who have a high level of Pregnancy Risk (KRT) and Pregnancy Risk Very High (KRST) risk 1.89 times to give birth perabdominally (SC), compared to mothers with Low Risk Pregnancy (KRR).



Suggestions for Midwives and Pregnant Women, in order to reduce the Maternal Mortality Rate, it is necessary to improve health education and information to pregnant women about high-risk pregnancies and advise pregnant women to carry out Antenatal Care regularly, in order to detect early pregnancy complications.

Keywords: Pregnancy Risk Factors and Type of Delivery

### **Pendahuluan**

Menurunkan AKI tercantum secara khusus di prioritas target SDGs (Sustainable Development Goals ) pada Pilar Pembangunan Nasional goals ke-3 yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia pada tahun 2030. Mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 KH merupakan salah satu target penting yang ada di SDGs. Pada tahun 2015 terdapat 6 provinsi dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar yang menyumbang persentase sebesar 52,6 % dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan (Dinkes Depok, 2018). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 305/100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan, 2019). Jika menggunakan dasar Sustainable Development Goals, AKI dinilai jauh dari target yakni mencapai 70/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kementerian Kesehatan, 2019).

Pada tahun 2017 AKI di Jawa Barat sebesar 76,03 per 100.000 KH dengan jumlah

kematian ibu maternal yang dilaporkan di Provinsi Jawa Barat sebanyak 696 orang. Total banyaknya kelahiran ibu berdasarkan data survey AKI Provinsi Jawa Barat tahun 2003 sebesar 765.071 dan jumlah AKI di Jawa Barat sebesar 321.15. Wilayah yang menempati posisi pertama dalam perbandingan jumlah kelahiran dan jumlah AKI terbesar yaitu wilayah Bodebek (Kabupaten Bogor, Kota Bogor, Kota Depok, Kabupaten Bekasi, dan Kota Bekasi) dengan jumlah banyaknya kelahiran sebesar 191.106 dan AKI sebesar 296.17 (Dinkes Kota Depok, 2018). dari persentase 100 % terdapat 15 % dari kehamilan atau persalinan yang akan mengalami komplikasi. Sebagian besar komplikasi tidak dapat diprediksi sehingga setiap kehamilan atau persalinan yang dihadapi oleh seorang ibu dianggap beresiko. Sekitar 75 % kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, infeksi, tekanan darah tinggi saat kehamilan dan persalinan, partus lama dan macet, serta aborsi yang tidak aman (Dinkes Jabar, 2019).

Menurut Riskesdas tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode SC perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai

17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan. Terdapat pula beberapa gangguan /komplikasi persalinan pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 23,2% dengan rincian posisi janin melintang/sungsang sebesar 3,1%, perdarahan sebesar 2,4%, kejang sebesar 0,2%, ketuban pecah dini sebesar 5,6%, partus lama sebesar 4,3%, lilitan tali pusat sebesar 2,9%, plasenta previa sebesar 0,7%, plasenta tertinggal sebesar 0,8%, hipertensi sebesar 2,7% dan lain-lain sebesar 4,6% (Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan masalah tersebut diatas penulis tertarik mengangkat judul “Hubungan Antara Faktor Risiko Kehamilan dengan Jenis Persalinan di PMB Bidan Darmisih Depok Tahun 2022”. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara faktor risiko kehamilan dengan jenis persalinan di PMB Bidan Darmisih Depok Tahun 2022.

### **Metode Penelitian**

Desain penelitian ini berupa analitik observasional dengan pendekatan *cohort retrospective study*. Sampel penelitian ini berjumlah 115 responden, menggunakan data sekunder rekam medik pasien yang bersalin pada bulan Januari – Juli 2022 di PMB Bidan Darmisih maupun yang melakukan rujukan ke Rumah Sakit. Alat ukur yang digunakan menggunakan lembar *checklist*.

Analisis data dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Analisis bivariat dilakukan Untuk membuktikan apakah ada hubungan yang bermakna atau tidak antara variabel dependen dan independen. Digunakan Chi Square dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% dan P Value 0,005.

**Hasil Penelitian dan Pembahasan****Analisis Univariat****1. Frekuensi Karakteristik Ibu Bersalin Di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022**

**Tabel 1**  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Bersalin di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022**

Karakteristik Ibu Bersalin di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<b>1. Umur Ibu</b>		
<20 tahun	3	2.6
20-35 tahun	90	78.3
>35 tahun	22	19.1
Total	115	100
<b>2. Paritas Ibu</b>		
Primipara	24	20.9
Multipara	80	69.6
Grandemulti	11	9.6
Total	115	100
<b>3. Penyulit/Komplikasi</b>		
Dengan Komplikasi	51	44.3
Tidak Komplikasi	64	55.7
Total	115	100

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa, sebagian besar ibu hamil yang bersalin di PMB Bidan Darmisih adalah ibu dengan usia reproduktif (20-35 tahun) sebesar 90 ibu (78.3%), dengan paritas Multipara sebanyak 80 ibu (69.6%) dan sebagian besar ibu tidak dengan komplikasi/penyulit sebesar 64 ibu (55.7%). Sedangkan ibu yang mengalami penyulit/komplikasi sebesar 51 ibu (44.3%), yang terdiri dari komplikasi kehamilan dan komplikasi saat persalinan. Berikut beberapa kasus penyulit/komplikasi ibu disajikan pada tabel 2 dibawah ini:

**Tabel 2**  
**Frekuensi Kasus Penyulit/Komplikasi Ibu di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022**

NO	KOMPLIKASI/PENYULIT IBU	n	%
1	Komplikasi Kehamilan		
	a. BSC	7	17.1
	b. Resti Umur	13	31.7
	c. Grande multi	2	4.9
	d. Anemia	1	2.4
	e. Anemia & Resti umur	2	4.9
	f. BSC & Resti umur	3	7.3

	g. BSC & Grandemulti	2	4.9
	h. Resti umur & Grandemulti	6	14.6
	i. Preeklampsi, Resti umur & Grande	1	2.4
	j. HDK & Resti umur	1	2.4
	k. BSC & Letak Obliq	1	2.4
	l. Letak Sungsang	1	2.4
	m. Penyakit Jantung	1	2.4
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
2	Komplikasi Persalinan		
	a. KPD	5	50
	b. Kala I memanjang	1	10
	c. Kala II memanjang	2	20
	d. Prolaps Tali Pusat	1	10
	e. Edema Portio & Haemoroid	1	10
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Dari hasil penelitian didapatkan ibu dengan usia reproduktif (20-35 tahun) sebesar 90 ibu (78.3%), dengan paritas Multipara sebanyak 80 ibu (69.6%) dan sebagian besar ibu tidak dengan komplikasi/penyulit sebesar 64 ibu (55.7%), Sedangkan ibu yang mengalami penyulit/komplikasi sebesar 51 ibu (44.3%). Untuk kasus komplikasi/penyulit kehamilan paling banyak yaitu ibu dengan resiko tinggi umur (Resti umur) sebesar 31.7%, riwayat SC (BSC) 17.1%, resti umur dan grandemulti 14.6%, anemia dan resti umur 4.9%, dan lain-lain seperti (Hipertensi Dalam Kehamilan, Preeklampsi, kelainan letak dan penyakit Jantung) sebesar 2.4%. Komplikasi/penyulit ibu saat persalinan paling banyak terjadi karena Ketuban Pecah Dini (KPD) sebesar 50%, Kala II memanjang sebesar 20% dan

lainnya seperti kala I memanjang, prolaps tali pusat, edema porsio dan haemoroid sebesar 10%.

Hal tersebut sejalan dengan Putri KA (2012) menyatakan bahwa umur reproduksi yang aman untuk seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun, dibawah dan diatas umur tersebut akan menimbulkan risiko kehamilan dan persalinan. Pada umur muda organ-organ reproduksi seorang wanita belum sempurna secara keseluruhan dan perkembangan kejiwaan belum matang sehingga belum siap menjadi ibu dan menerima kehamilan dimana hal ini dapat berakibat terjadinya komplikasi obstetri yang dapat meningkat angka kematian ibu dan perinatal. Ibu hamil usia lanjut ( $\geq 35$  tahun) akan lebih beresiko lebih tinggi mengalami penyulit-penyulit obstetrik sebagai akibat peningkatan dalam masalah

kesehatan seperti hipertensi, diabetes, solusio plasenta, persalinan premature, lahir mati dan plasenta previa yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas terutama perinatal.

Primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Ibu pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kesehatan terganggu, kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan. Grande multi para juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa.

Sejalan dengan hasil analisa Kurnia Tri P, (2021) variabel paritas dengan jumlah riwayat persalinan sebanyak 1 kali atau > 3 kali yang berisiko mengalami partus tak maju sebanyak 26 orang (25,5%) dan paritas dengan jumlah persalinan sebanyak 2-3 kali yang mengalami partus tak maju sebanyak 36 (14,8%). Hasil uji statistik didapatkan nilai p

value = 0,026 maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yang artinya ada hubungan antara paritas dengan kejadian partus tak maju. Nilai OR = 1,977 yang artinya paritas dengan jumlah persalinan 1 atau >3 mempunyai resiko terjadinya partus tak maju 1,977 kali lebih besar dari paritas dengan jumlah persalinan 2-3 kali. Ibu hamil dengan primipara (wanita yang melahirkan bayi hidup pertama kali) karena pengalaman melahirkan belum pernah maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar (Hermia, 2011). Sedangkan yang memiliki paritas 4 kali atau lebih, kemungkinan mengalami gangguan kesehatan, kekendoran pada dinding rahim sehingga berisiko mengalami kelainan letak pada janin, persalinan letak lintang, robekan rahim persalinan tak maju dan perdarahan pasca persalinan (Manuaba, 2010).

Usia ibu hamil 35 tahun atau lebih . ibu hamil pada usia ini dapat mengalami komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD), hipertensi, partus lama, partus macet dan perdarahan post partum. Komplikasi tersebut mungkin dialami oleh ibu hamil pada usia tersebut dikarenakan organ jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit. Kejadian kehamilan risiko tinggi dipengaruhi oleh umur dan paritas. Kehamilan resiko tinggi mayoritas

berumur  $\geq 35$  tahun dan terjadi pada grandemultipara.

## 2. Frekuensi Tingkat Risiko Kehamilan Ibu di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022

**Tabel 3**

**Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Risiko Kehamilan Ibu di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022**

Tingkat Risiko Kehamilan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kehamilan Risiko Rendah (KRR)	64	55.7
Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)	46	40
Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)	5	4.3
Total	115	100

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat, sebagian besar ibu dalam kategori Kehamilan Risiko Rendah (KRR) sebesar 64 ibu (55.7%), Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) sebesar 46 ibu (40%) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) sebesar 5 ibu (4.3%). Kondisi kehamilan risiko tinggi menggambarkan adanya riwayat reproduksi yang kurang baik, seperti abortus, kehamilan terlalu tua/terlalu muda, riwayat persalinan dengan tindakan, menyebabkan terjadinya penyulit pada saat persalinan yaitu partus macet, partus lama, dan kelelahan pada saat mengejan. Selain itu kondisi kesehatan ibu dan janin selama kehamilan juga berpengaruh. Seperti tekanan darah tinggi, anemia, dan kelainan letak pada bayi mempengaruhi proses persalinan (Rochjati, Poedji. 2003).

## 3. Frekuensi Jenis Persalinan Ibu di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022

**Tabel 4**

**Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Persalinan Ibu di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022**

Jenis Persalinan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pervaginam	91	79.1
Perabdominal (SC)	24	20.9
Total	115	100

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu bersalin dengan jenis persalinan pervaginam sebesar 91 ibu (79.1%) dan secara pervaginam (SC) sebesar 24 ibu (20.9%). Jenis persalinan adalah beberapa metode yang dipilih oleh ibu yang melakukan persalinan ataupun oleh tenaga kesehatan yang menanganinya (Nicole Essex, Holly. 2011). Mochtar membagi jenis persalinan menurut cara persalinan berdasarkan dua kategori, persalinan normal (spontan) yaitu proses lahirnya bayi letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri dan persalinan abnormal, yaitu persalinan dengan bantuan alat atau melalui dinding perut dengan cara operasi *caesarea* (Rustam, Mochtar. 1998).

Banyak faktor yang berpengaruh terhadap cara persalinan, yang dapat dibagi menjadi beberapa faktor. Faktor maternal biologi adalah usia ibu, paritas, jarak kehamilan, tinggi badan (< 145 cm), kelainan jalan lahir (*passage*). Faktor maternal lain meliputi status gizi/IMT, anemia, tekanan darah, riwayat obtetrik buruk, penyakit penyerta, komplikasi persalinan. Hal ini berperan pada kekuatan saat persalinan (*power*) Faktor bayi (*passager*) antara lain berat badan janin, letak janin dan kelainan janin. Sedangkan faktor lingkungan dapat berupa pendidikan, sosial ekonomi, tempat tinggal, rujukan dan sebagainya (Annisa, Silvia Aulia. 2011).

**Hasil Bivariat**

**Tabel 5**

**Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Antara Tingkat Faktor Risiko Kehamilan Dengan Jenis Persalinan di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022**

Tingkat Faktor Risiko Kehamilan	Jenis Persalinan				Total		P Value	OR
	Pervaginam		Perabdominal (SC)		n	%		
	n	%	n	%				
1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR)	64	100	0	0	64	100	0,000  (1.46 – 2.45) CI 95%	
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) & Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)	27	52.9	24	47.1	51	100		
Jumlah	91	79.1	24	20.9	115	100		

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan proporsi responden ibu yang bersalin secara pervaginam dengan sebagian besar dalam kategori Kehamilan Risiko Rendah (KRR) sebesar 100%, dibandingkan dengan kategori Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) sebesar 52.9%. Sedangkan ibu yang bersalin secara perabdominal (SC) sebagian besar adalah ibu dengan Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) sebesar 47.1%.

Sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya, dari 460 responden didapatkan hubungan yang bermakna antara risiko kehamilan dengan cara persalinan ( $p = 0,000 < 0,05$ ). Dari analisis diperoleh juga OR = 5,428 (95% CI : 3,304 - 8,916) itu artinya responden dengan kehamilan risiko tinggi/sangat tinggi (KRT/KRST) memiliki peluang 5,428 kali persalinan dengan tindakan. Data hasil penelitian menunjukkan bahwa cara persalinan dipengaruhi oleh risiko kehamilan. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Yuli Kusumawati dengan analisis multivariat, kehamilan risiko tinggi mempunyai risiko sebesar 11,01 kali lebih besar untuk mengalami persalinan dengan tindakan (Kusumawati, Yuli. 2006).

Penulis berasumsi, faktor risiko kehamilan berhubungan dengan jenis

Hasil uji statistik diperoleh nilai *P value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara faktor risiko kehamilan dengan jenis persalinan di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022. Hasil OR menunjukkan 1.89, yang artinya ibu yang memiliki tingkat Risiko Kehamilan Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) berisiko 1.89 kali untuk bersalin secara perabdominal (SC), dibandingkan ibu dengan Kehamilan Risiko Rendah (KRR).

persalinan karena dipengaruhi oleh banyak faktor, selain karena faktor usia ibu, paritas dan komplikasi/penyulit ibu, faktor lainnya adalah karena kemungkinan kurangnya pengetahuan ibu tentang risiko kehamilan, sehingga mempengaruhi perilaku ibu seperti menentukan saat memulai persalinan yang mana akan berdampak pada proses persalinan.

### **Kesimpulan**

1. Sebagian besar ibu yang bersalin di PMB Bidan Darmisih dalam kategori Kehamilan Risiko Rendah (KRR) sebesar 55.7%
2. Berdasarkan variabel jenis persalinan di PMB Bidan Darmisih paling banyak



dengan jenis persalinan pervaginam sebesar 79.1%

- Adanya hubungan yang bermakna antara faktor risiko kehamilan dengan jenis persalinan di PMB Bidan Darmisih Tahun 2022, hasil uji statistik diperoleh nilai  $P \text{ value } 0,000 < \alpha 0.05$  dan hasil OR menunjukkan 1.89, yang artinya ibu yang memiliki tingkat Risiko Kehamilan Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) berisiko 1.89 kali untuk bersalin secara perabdominal (SC),

dibandingkan ibu dengan Kehamilan Risiko Rendah (KRR).

### Saran

Dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu, perlunya meningkatkan pendidikan kesehatan dan informasi kepada ibu hamil tentang kehamilan risiko tinggi dan melakukan Antenatal Care secara teratur, guna mendeteksi dini adanya komplikasi/penyulit kehamilan.

### Referensi

- Aditya Renny dan Richardo Yuvens. 2018. *Hubungan Usia Maternal dengan Metode Persalinan dan Luaran Bayi (Berat Badan Lahir dan Apgar Score) di RSUD Ulin Banjarmasin*. Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat
- Dinas Kesehatan, *Profil KOTA DEPOK TAHUN 2017*. 2018;(54). (diunduh pada 04-12-2019)
- Kurnia Tri P. 2021. *Hubungan Usia Ibu Bersalin, Paritas Dan Berat Bayi Lahir Dengan Kejadian Partus Tak Maju*. Program Studi Kebidanan, STIKes Kapuas Raya
- Kusumawati, Yuli. 2006. *Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Persalinan dengan Tindakan (Studi Kasus di RS dr.Moewardi Surakarta*. (Tesis). Semarang: Universitas Diponegoro Semarang
- M. Taufiqy, Afiana Rohmani<sup>1</sup>, Optie Ardha Berliana. 2014. *Faktor yang Mempengaruhi Cara Persalinan di RSUD Tugurejo Semarang*. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang
- Putri KA. 2012. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Sectio Caesarea Karyawan (Keluarga) Perusahaan Y Peserta Program*

*Managed Care Perusahaan Asuransi X* [skripsi]. Depok: Universitas Indonesia

Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press

Sukma Rani D & Sari Puspita DR. 2020. *Pengaruh Faktor Usia Ibu Hamil Terhadap Jenis Persalinan di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Syaifuddin AA. 2008. *Panduan lengkap kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi*. Jogjakarta: Diglossia media

WHO. *Maternal mortality*. World Heal Organ [Internet]. 2019; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (diunduh pada 02-12-2019)



Article

# The Role of Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding on Atonic Postpartum Hemorrhage

Wedad M. Almutairi <sup>1,\*</sup>, Susan M. Ludington <sup>2</sup>, Mary T. Quinn Griffin <sup>2</sup>, Christopher J. Burant <sup>2</sup>, Ahlam E. Al-Zahrani <sup>1</sup>, Fatmah H. Alshareef <sup>3</sup> and Hanan A. Badr <sup>1</sup><sup>1</sup> Maternity and Child Department, Faculty of Nursing, King Abdulaziz University, Jeddah 21551, Saudi Arabia; aealzahrani@kau.edu.sa (A.E.A.-Z.); habadr@kau.edu.sa (H.A.B.)<sup>2</sup> Bolton School of Nursing, Case Western, Reserve University, 10900 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44106-4904, USA; sml15@case.edu (S.M.L.); mtq2@case.edu (M.T.Q.G.); cxb43@case.edu (C.J.B.)<sup>3</sup> Medical Surgical Department, Faculty of Nursing, King Abdulaziz University, Jeddah 21551, Saudi Arabia; falsharif@kau.edu.sa

\* Correspondence: walmutairi@kau.edu.sa



**Citation:** Almutairi, W.M.; Ludington, S.M.; Quinn Griffin, M.T.; Burant, C.J.; Al-Zahrani, A.E.; Alshareef, F.H.; Badr, H.A. The Role of Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding on Atonic Postpartum Hemorrhage. *Nurs. Rep.* **2021**, *11*, 1–11. <https://dx.doi.org/10.3390/nursrep11010001>

Received: 25 October 2020

Accepted: 8 December 2020

Published: 25 December 2020

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Abstract:** *Objectives:* were to (a) determine incidence of postpartum hemorrhage (PPH) in all women delivering between 2009 and 2015, and (b) determine the amount of Estimated Blood Loss (EBL) and duration of the third stage of labor in each subgroup for women with or without PPH, and (c) compare EBL and duration of 3rd stage of labor between subgroups in groups of women with or without PPH. *Design:* A retrospective chart review conducted using codes for atonic PPH. *Setting:* Records from a University based tertiary setting, 264 charts were reviewed and data from 154 charts were analyzed. One-way ANOVAs followed with post-hocs and a 2-way ANOVA were conducted. *Results:* PPH rate increased by 47.50% from 2009–2015. For women with PPH, EBL was lower in skin to skin contact (SSC) + Breastfeeding (BF) subgroup. For women without PPH, EBL was lower in SSC only subgroup. Third stage of labor duration was longer in women with PPH. *Conclusions:* Study confirmed the increasing trends of PPH due to uterine atony and proposed role of SSC and BF in decreasing EBL and shorten the duration of the 3rd stage of labor for PPH women, usefulness of SSC and BF as physiologic practices merit further study.

**Keywords:** skin-to-skin contact (SSC); breastfeeding (BF); postpartum hemorrhage (PPH)

## 1. Background

An estimated of 295,000 maternal deaths occurred worldwide in 2017 (PPH) [1]. Postpartum Hemorrhage (PPH) continues to be the number one cause of maternal death around the globe, and it is mostly caused by uterine atony [2,3] even though PPH is a preventable and treatable condition [2].

The PPH is defined as estimated blood loss (EBL) greater than 500 mL in a vaginal delivery and more than 1000 mL in a cesarean delivery [1]. The third stage of labor is defined as the period from delivery of the newborn to expulsion of the placenta and membranes. The prolonged third stage of labor is the strongest predicting factor for PPH [4,5]. The prolonged third stage of labor has been defined as a duration longer than 30 min since 1991 [6]. However, a 2016 cohort study of 7121 women suggested that the risk of PPH increases when the duration of the third stage of labor is 20 min or longer [4]. An updating prospective study including 600 women stated that if duration of third stage of labor >15 min, women 15.5 times have higher risk of PPH [7].

As a preventable condition, PPH has posed a challenge to obstetric care worldwide [8]. Over the last two decades, PPH has increased significantly in all developed countries [2,9]. In the United States alone, PPH increased by 27.5% from 1995–2004 and represented 19.1% of all hospital deaths [10]. The increase is primarily due to uterine atony [8]. Severe PPH