



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL
G4P3A0 TRIMESTER III DENGAN RESIKO TINGGI USIA >35 TAHUN**

**DI PMB "E" BETUNGAN KOTA BENGKULU
TAHUN 2024**

ANISA AMELYA FRANSISKA

NIM : 202102001

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU
PRODI DIII KEBIDANAN
TAHUN 2023**



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL
G4P3A0 TRIMESTER III DENGAN RESIKO TINGGI USIA >35 TAHUN**

**DI PMB "E" BETUNGAN KOTA BENGKULU
TAHUN 2024**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan DIII Kebidanan

ANISA AMELYA FRANSISKA
NIM : 202102001

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU
PRODI DIII KEBIDANAN
TAHUN 2023**

HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL G4P3A0
TRIMESTER III DENGAN RESIKO TINGGI USIA >35 TAHUN

ANISA AMELYA FRANSISKA
NIM: 202102001

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada tanggal 30 Juli 2024
dan
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji
H. Yansyah Nawawi, SKM, M.Kes

.....

Anggota Penguji

1.
Bdn. Sari Widyaningsih, M.Kes
NIDN. 02.030389.03

.....

2.
Bdn. Herlinda, M.Kes
NIDN. 02.050791.04

.....

Mengetahui
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Sapta Bakti

Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes
NIK. 2008.00

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil TM III Dengan Resiko Tinggi Usia >35 Tahun".

Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan bantuan dari berbagai pihak, oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Hj. Djusmalinar, SKM, M. Kes selaku STIKes Sapta Bakti Bengkulu, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu.
2. Ibu Bdn. Herlinda, M.Kes selaku Ka. Prodi DIII Kebidanan STIKes Sapta Bakti Bengkulu sekaligus pembimbing yang telah membantu penulis untuk mendapatkan fasilitas dan dorongan moril dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
3. Bapak H. Yansyah Nawawi, M.Kes selaku penguji I LTA, yang telah banyak memberikan masukan, arahan, koreksi serta nasehat dalam mengerjakan LTA ini.
4. Ibu Bdn. Sari Widyaningsih, M.Kes selaku penguji II LTA, yang telah banyak memberikan masukan, arahan, koreksi serta nasehat dalam mengerjakan LTA ini.
5. Segenap Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
6. Orang tuaku tercinta Bapak Atmaja Antoni dan Ibu Rostati Hartini yang sangat berjasa dalam hidup penulis, orang tua hebat yang selalu menjadi penyemangat saya sebagai sandaran terkuat dari kerasnya dunia. Yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberi motivasi. Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan saya, terimakasih untuk semua do'a dan dukungan ayah dan ibu saya bisa berada

di titik ini. Sehat selalu dan hiduplah lebih lama lagi harus selalu ada disetiap perjalanan dan pencapaian hidup saya.

7. Saudara kandungku, Ilham kurniawan, Romi Asdiansyah dan Alvicca Nur Syafiera. Terimakasih sudah ikut serta dalam proses penulis menempuh pendidikan selama ini, terimakasih atas semangat doa dan cinta yang selalu diberikan kepada penulis. Tumbuhlah menjadi versi paling hebat saudaraku. Serta, kakek dan nenek yang juga berperan penting dalam kehidupan penulis. Terimakasih selalu memberikan dukungan, semangat dan rasa sayang kepada penulis.
8. Teman-teman seperjuangan mahasiswi Prodi DIII Kebidanan Stikes Sapta Bakti Bengkulu yang telah memberikan bantuan baik moril dan materil kepada penulis dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah banyak memberikan pemikiran demi kelancaran dan keberhasilan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Untuk diri sendiri. Terimakasih sudah mau menepikan ego dalam memilih untuk kembali bangkit dan menyelesaikan semua ini. Kamu selalu berharga, tidak peduli seberapa putus asanya kamu sekarang, tetaplah mencoba bangkit. Terimakasih banyak sudah bertahan. Penulis berjanji bahwa kamu akan baik-baik saja setelah ini.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini tentu masih terdapat banyak kekurangan dan kesalahan. Oleh sebab itu, kritik dan saran yang membangun diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi penulis.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungannya dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, Maret 2024

Penulis

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA IBU HAMIL TRIMESTER II DENGAN RESIKO TINGGI USIA IBU >35 TAHUN
DI PMB "E" KOTA BENGKULU
TAHUN 2023**

ANISA AMELYA FRANSISKA, Bdn.HERLINDA, M.Kes
235 halaman, + 3 Lampiran + 4tabel

RINGKASAN

Kehamilan beresiko tinggi pada usia >35 tahun akan menyebabkan terjadinya bahaya atau komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan ketidaknyamanan, dan ketidakpuasan. Tujuan penulisan tugas akhir ini adalah untuk melaksanakan pengasuhan lengkap dengan menggunakan Continuity Of Care (COC) untuk ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas dan KB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan, penulisan ini dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses kebidanan menggunakan manajemen SOAP. Rancangan penelitian ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus yang dilakukan dengan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif. Hasil penelitian ini diperoleh diagnosa Ny. Y usia 37 tahun G4P3A0 usia kehamilan 28 minggu dengan resiko tinggi umur lebih dari 35 tahun. Pada asuhan kehamilan dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali dengan pendampingan pemberian tablet Fe 90 tablet selama kehamilan, pemeriksaan Hb didapati hasil 11,5 gr/dl, senam hamil, perawatan payudara persiapan menyusui pasca persalinan, konseling tentang nutrisi, konseling persiapan persalinan dan istirahat yang cukup. Proses persalinan dilakukan sectio caesaria (SC) dengan indikasi umur >35 tahun pada usia kehamilan 40 minggu. Masa nifas fisiologis, bayi lahir dengan berat badan 3300 gram dengan panjang 50 cm, asuhan yang diberikan perawatan luka operasi dan perawatan payudara. Pada neonatus asuhan yang diberikan perawatan tali pusat. Pasien memilih kontrasepsi MOW (metode operasi wanita) setelah *section caesaria*. Pada persalinan terdapat kesenjangan yaitu tidak dilakukan IMD sedangkan menurut teori IMD dilakukan selama 1 jam. Pada masa kehamilan, BBL, Nifas dan KB tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Diharapkan bagi pemilik lahan praktik dapat mengoptimalkan kelas ibu hamil dengan menambahkan asuhan kebidanan komplementer sehingga tidak terjadi komplikasi selama masa kehamilan sampai keluarga berencana.

**Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, Countinuity Of Care, Resiko tinggi
usia >35 tahun**

Daftar Pustaka : 30 Referensi (2010-2019)

COMPREHENSIVE MIDWIFE CARE
IN PREGNANT WOMEN IN THE SECOND TRIMESTER WITH A HIGH RISK OF THE
MOTHER'S AGE >35 YEARS

IN PMB "E" BENGKULU CITY 2023

ANISA AMELYA FRANSISKA, Bdn.HERLINDA, M.Kes

235 pages, + 3 Attachments + 4 tables

SUMMARY

High-risk pregnancy at the age of >35 years will cause greater danger or complications both in the mother and in the fetus in the womb and can cause death, pain, disability discomfort, and dissatisfaction. The purpose of writing this final assignment is to carry out complete parenting by using Continuity Of Care (COC) for pregnant women, maternity, neonates, postpartum and birth control using the midwifery management approach, this writing is in the form of a case study using the midwifery process approach using SOAP management. The author of this research design uses a descriptive method using a case study approach that is carried out by conducting comprehensive midwifery care. The results of this research were obtained by the diagnosis of Mrs. Y age 37 years G4P3A0 gestational age 28 weeks with high risk age more than 35 years. In pregnancy care, 4 visits were carried out with the assistance of giving Fe 90 tablets during pregnancy, the Hb examination was found to have a result of 11.5 gr/dl, pregnant gymnastics, breast care for postpartum breastfeeding preparation, counseling about nutrition, counseling for childbirth preparation and adequate rest. The delivery process is carried out by sectio caesaria (SC) with an indication of age >35 years at 40 weeks of pregnancy. Physiological postpartum period, the baby is born with a body weight of 3300 grams with a length of 50 cm, care given surgical wound care and breast care. In neonatal care given umbilical cord care. Patients choose MOW contraception (female surgery method) after caesarean section. In childbirth there is a gap that is not done by IMD while according to IMD theory it is done for 1 hour. During pregnancy, BBL, Nifas and KB there is no gap between theory and case. It is hoped that the landowner of practice can optimize the class of pregnant women by adding complementary midwifery care so that there are no complications during pregnancy to family planning.

Keywords: Midwifery Care, Countinuity Of Care, High Risk Age >35 years old

Library List : 30 References (2010-2019)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
RINGKASAN	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR ISTILAH	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Ruang Lingkup	7
E. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Teori	8
1. Kehamilan.....	8
2. Persalinan.....	27
3. Nifas	58
4. Neonatus	67
5. Keluarga Berencana	76
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	89
B. Subjek penelitian	89
C. Definisi Oprasional	89
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	89
E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data.....	90
F. Analisa Data	91
G. Etika Peneitian.....	92
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil.....	93
B. Pembahasan	137
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	149
B. Saran.....	150
DAFTAR PUSTAKA	152
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold.....	10
Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri menurut Mc. Donald.....	11
Tabel 2.3 IMT Ibu Hamil.....	16
Tabel 2.5 Imunisasi Lanjutan	70

DAFTAR SINGKATAN

AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: Antenatal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Gueri</i>
DTT	: Desinfektan Tingkat Tinggi
HB	: Haemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IUD	: Intra Uterine Device
JK	: Jenis Kelamin
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAK III	: Manajemen Aktif Kala III
MAL	: Metode Amenore Laktasi
MKJP	: Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
PAP	: Pintu Atas Panggul
PTT	: Peregangan Tali Pusat Terkendali
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
TBC	: Tuberculosis
TB	: Tinggi Badan
TM	: Trimester
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Tiroid
TTV	: Tanda Tanda Vital
USG	: Ultrasograf

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator dampak bagi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Angka Kematian Ibu dan Angka kematian Bayi mencapai indikator keberhasilan pembangunan daerah dan juga digunakan sebagai salah satu pertimbangan dalam menentukan indeks pembangunan manusia. Keberhasilan program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu dalam indikator ini didefinisikan sebagai semua kematian selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolannya tetapi bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insiden. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya perempuan yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan, bunuh diri atau kasus insidental) selama masa kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2022).

Sustainable Development Goals (SDGs) pada tahun 2030 menekankan AKI menjadi 12 per 10.000 KH. Secara nasional AKI di Indonesia telah menurun dari 305 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (KH) menjadi 189 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup. Hasil tersebut menunjukkan sebuah penurunan yang signifikan, bahkan jauh lebih rendah dari target di tahun 2022 yaitu 205 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup. Pencapaian tersebut harus tetap dipertahankan, bahkan didorong menjadi lebih baik lagi untuk mencapai target di Tahun 2024 yaitu 183 Kematian per 100.000 Kelahiran Hidup dan > 70 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup di Tahun 2030.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKI sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKN sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, AKB sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup, AKB 40 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan profil kesehatan Provinsi Bengkulu Kematian Ibu pada tahun 2022 sebanyak 35 orang, terdiri dari kematian ibu hamil 10 orang, kematian ibu bersalin 11 orang, dan ibu nifas 14 orang. Adapun penyebab kematian ibu antara lain perdarahan 16 orang, hipertensi dalam kehamilan 6 orang dan kematian penyebab lain sebanyak 10 orang (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2022).

Penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan (25%) biasanya perdarahan pasca persalinan, sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%) Partus macet (8%) komplikasi abortus tidak aman (13%) dan sebab-sebab lain (8%). Sedangkan penyebab tidak langsung yang bisa menyebabkan kematian ibu misalnya Tiga Terlambat (3T) dan Empat Terlalu (4T). Tiga terlambat yaitu terlambat membuat keputusan untuk merujuk oleh keluarga, terlambat menuju fasilitas kesehatan, dan terlambat dalam mendapatkan pertolongan medis. Sedangkan empat terlalu yaitu wanita terlalu muda untuk hamil (usia yang masih kurang dari 20 tahun), wanita terlalu tua untuk hamil (usia yang lebih dari 35 tahun), wanita terlalu banyak melahirkan anak (lebih dari 3 anak), dan wanita yang hamil dengan jarak anak sangat dekat 2 tahun atau sangat jauh 5 tahun (Rifriadi, 2022).

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadi bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyaman (Prawirohardjo, 2014). Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), Ibu hamil pertama pada umur <20 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Kehamilan pada usia remaja mempunyai risiko medis yang cukup tinggi karena pada masa ini alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Alasan mengapa kehamilan remaja dapat menimbulkan risiko antara lain rahim remaja belum siap untuk mendukung kehamilan. Rahim baru siap melakukan fungsinya setelah umur 20 tahun, karena pada usia ini fungsi hormonal melewati masa kerjanya yang maksimal.

Kehamilan diusia tua adalah kehamilan yang terjadi pada wanita yang berusia lebih atau sama dengan 35 tahun baik primigravida maupun multigravida merupakan salah satu faktor risiko tinggi pada ibu hamil. Kelompok

usia ini sudah tidak masuk dalam usia aman untuk kehamilan, yakni antara 20-34 tahun, dimana pada rentan usia tersebut kondisi fisik dan psikis ibu dalam kondisi prima dan dinilai paling cocok untuk menerima kehamilan (Prawirihardjo, 2014).

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat – alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Resiko yang terjadi pada kehamilan usia tua antara lain adalah plasenta previa, preeklamsi dan eklamsi, anemia, Intrauterine Fetal Death (IUFD), diabetes gestasional, ketuban pecah dini, serotinus atau kehamilan lewat bulan kesakitan kecacatan, bahkan kematian janin (Widatiningsih dan Dewi, 2017).

Dampak dari kehamilan resiko tinggi usia >35 tahun pada persalinan diantaranya perdarahan, partus macet, dan sampai kematian. Selain berdampak pada kehamilan dan persalinan, kehamilan resiko tinggi berdampak pada masa nifas yaitu ibu mengalami perdarahan postpartum. Adapun dampak kehamilan resiko tinggi pada terhadap bayi baru lahir yaitu bayi lahir prematur, berat badan lahir rendah ataupun berat badan lebih dan kematian bayi baru lahir (Utama, 2021).

Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan pelayanan berkualitas yaitu dilakukannya Asuhan kebidanan komprehensif. Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai keluarga berencana. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Fatimah, 2017).

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimal 6 kali selama masa kehamilan yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu). Minimal 2 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-28 minggu). Minimal 3 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu sampai lahir). Dengan memberikan pelayanan

10 T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran LILA, pengukuran TFU, tentukan presentasi DJJ, skrining status imunisasi TT, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet, test laboratorium, tatalaksana kasus, temu wicara (Permenkes RI, 2021)

Continuity Of Care (COC) adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum (Fitriana, 2018).

Manfaat COC untuk memantau dan mendeteksi dini komplikasi yang akan terjadi sehingga dapat mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Asuhan berkelanjutan berkaitan erat dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga kesehatan. Apabila asuhan COC dalam kebidanan tidak diterapkan maka bidan atau tenaga kesehatan lainnya akan kesulitan untuk melakukan deteksi dini adanya penyulit dan dapat mengancam jiwa sehingga memperburuk kualitas kesehatan (Kemenkes, 2016).

Berdasarkan hasil survey pada tanggal 3 Maret 2024 di Praktik Bidan Mandiri (PMB) "E" yang beralamat di Simpang 4 Betungan Kota Bengkulu, data 8 bulan terakhir dari September 2023 - April 2024 terdapat ibu hamil yang melakukan ANC 67 orang dan 12 diantaranya merupakan ibu hamil dengan resiko tinggi usia salah satunya yaitu ibu "Y" umur 37 tahun G4P3A0. Pada tanggal 10 maret 2024 adalah pertemuan pertama dengan Ny. Y, data yang diperoleh dari buku KIA pada Ny. Y umur 37 tahun. G4P3A0 UK 34 minggu dan pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT, suami Tn "M" pekerjaan suami sopir. Data yang diperoleh dari ibu dan buku KIA dimana pada kehamilan trimester I mengalami mual, muntah, tetapi tidak sering, untuk riwayat kesehatan sekarang, yang lalu, dan keluarga tidak mempunyai penyakit, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu semuanya normal, ini merupakan pernikahan pertama, ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik KB 3

bulan dan jarak kehamilan anak pertama dan kedua adalah 2 tahun, anak kedua dan ketiga 9 tahun, dan anak ketiga dengan hamil sekarang 4 tahun. Informasi yang ibu ketahui tentang kehamilan yaitu ketidaknyamanan ibu hamil. Ibu makan seperti biasa seperti sebelum hamil. Respon keluarga sangat senang dengan kehamilan ibu dan keluarga sangat mendukung, pengambilan keputusan adalah suami, ibu tidak memiliki kebiasaan serta pantangan selama hamil. Riwayat hasil TM II pemeriksaan ANC pada usia kehamilan UK 22 minggu dan BB sekarang 62 kg, TB 158 cm, LILA 32 cm, TD 123/80 mmHg, N 78 x/m, P 20x/m, suhu 36,5°C, BB Sebelum hamil 55 kg, TB 158 cm, TFU 3 jari diatas pusat, DJJ 142x, telah dilakukan pemeriksaan dipuskesmas dengan Pemeriksaan laboratorium kadar Hb 13,7 grid, HIV (-), hepatitis (-), sipilis (-), Imunisasi TT sudah dilakukan, ibu sudah pernah melakukan USG dan terapi yang sudah dikonsumsi yaitu tablet Fe, Kalk, vitamin C, diketahui HPHT 03-09-2023 dan TP 10-06-2024.

Pada TM III ibu mengeluh mudah lemas, sering mules, hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu BB 66 kg, BB sebelum hamil 55 kg, tinggi badan 158 cm, IMT 26,50 kg/m, TD 110/80 mmHg, N 82 x/m, P 24 x/m, S 36,5°C, LILA 24 cm, hasil pemeriksaan fisik wajah tidak pucat, konjungtiva ananemis, mukosa bibir lembab, puting susu menonjol (colostrum sudah ada), TFU 3 Jari dibawah pusat, presentasi kepala DJJ 142x/m, pemeriksaan Hb 13,7 gr/dl, imunisasi TT sudah diberikan, ibu mengkonsumsi tablet fe 90 tablet selama kehamilan, hasil laboratorium HIV (-), Syphilis (-), dan Hepatitis (-). Adapun penyebab ibu lemas adalah pola makan ibu tidak teratur, kebiasaan memilih-milih makanan, untuk penghasilan keluarga sama dengan UMR, ibu mengatakan mempunyai asuransi kesehatan yaitu BPJS, ibu telah mendapatkan KIE tentang tanda-tanda persalinan, dari hasil yang diperoleh ibu telah melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar pelayanan ANC 10T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi toksoid (TT), pemberian tablet FE, tes laboratorium, tatalaksana penengangan kasus, dan temu wicara. kemudian menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang setiap 2 minggu sekali atau apabila ada keluhan (Data primer, 2023).

Melihat dari riwayat kehamilan dan persalinan ibu pada sebelumnya ibu tidak mengalami komplikasi apapun. Namun tidak menutup kemungkinan pada kehamilan yang keempat ibu menjumpai komplikasi-komplikasi yang belum pernah dialami dikehamilan sebelumnya, karena dilihat di kehamilan yang keempat ini ibu dengan usia yang termasuk sangat menghawatirkan. Oleh karena itu, dilakukan asuhan secara Continuity Of Care (COC) oleh tenaga kesehatan dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir hingga keluarga berencana untuk memantau perkembangankehamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan. Dan kesiapan menghadapi komplikasi tujuannya untuk menekan AKI dan AKB.

Oleh kerena itu penulis tertarik mencari kasus dan melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi usia >35 tahun dengan asuhan kebidanan mulai dari masa kehamilan TM III, proses persalinan, kunjungan nifas, kunjungan neonatusingga program keluarga berencana (KB) pasca salin. Dengan prosedur manajemen kebidanan dan di dokumentasikan metode SOAP. Alasan mengambil pasien ini karena dilihat dari latar belakang pasien dan riwayat jarak kehamilan sebelumnya terlalu jauh serta ini merupakan hamil ke-4, yang dimana menurut penulis pasien ini memiliki resiko yang lebih tinggi sehingga penulis tertarik untuk mengambil pasien ini.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalahnya adalah bagaimana asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan resiko tinggi usia ibu > 35 Tahun di PMB"E"Kota Bengkulu.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dilakukan Asuhan Kebidanan secara Continuity of Care pada ibu hamil dengan resiko tinggi usia >35 tahun, bersalin, neonatus, nifas dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan secara komprehensif di PMB "E" .

2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi usia >35 tahun agar kehamilannya berjalan dengan normal tanpa komplikasi.

- b. Dilakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan resiko tinggi usia >35 tahun agar persalinan berjalan dengan normal tanpa komplikasi.
- c. Dilakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan resiko tinggi usia >35 tahun agar nifasnya berjalan dengan normal tanpa komplikasi.
- d. Dilakukan asuhan kebidanan pada neonatus agar tanpa komplikasi dan berhasil dalam proses menyusui.
- e. Dilakukan asuhan kebidanan pada pelayanan KB agar ibu menjadi salah satu akseptor alat kontrasepsi

D. Ruang Lingkup

1. Sasaran

Sasaran Asuhan Kebidanan ditujukan kepada ibu hamil TM III dengan Resiko Tinggi Usia >35 tahun, bersalin, neonatus, nifas dan pelayanan KB.

2. Tempat

Lokasi memberikan asuhan kebidanan di Praktik Bidan Mandiri (PMB) "E" dan rumah pasien.

E. Manfaat

1. Tempat penelitian

Menambah wawasan, inovasi, dan dapat memberikan masukan bagi para Praktik Bidan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Asuhan kebidanan secara komprehensif.

2. Institusi pendidikan

Dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh sebagai calon bidan saat kuliah dan lahan praktik seperti PMB dengan memberikan informasi tentang asuhan kebidanan komplementer yang telah dipelajari dan sebagai bahan untuk menambah wawasan mahasiswi di STIKes Sapta Bakti DIII Kebidanan Bengkulu referensi program studi.

3. Peneliti lainnya

Memberikan informasi baru kepada peneliti selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga akan bermanfaat untuk pengembangan pendidikan selanjutnya serta dapat dijadikan referensi penelitian berikutnya di bidang yang sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma didalam uterus tepatnya dituba fallopi. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi nidasi, kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus, tepatnya pada lapisan endomentrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi (Rintho, 2022).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin. Lama kehamilan ini berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan Sembilan bulan tujuh hari) (Situmorang dkk, 2021).

Kehamilan adalah proses mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuba, 2018)

b. Tanda dan gejala kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan menurut (Fatimah & Nuryaningsih, 2017) tanda dan gejala kehamilan dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Tanda tidak pasti hamil yaitu:
 - a) Amenorrhea/tidak menstruasi
 - b) Mual dan muntah
 - c) Sering kencing
 - d) Ngidam
 - e) Pingsan atau sinkope
 - f) Payudara tegang
 - g) Pigmentasi kulit
 - h) Varises atau penampakan pembuluh darah
- 2) Tanda kemungkinan hamil yaitu:
 - a) Perut membesar

Terjadi karena pembesaran uterus

b) Tanda goodle

Adanya pelunakan pembesaran uterus

c) Tanda hegar

Melebarnya daerah pelunakan di istmus uterus

d) Tanda chadwick

Perubahan warna keunguan pada vulva dan vagina

e) Tanda ballottment

Terjadi pantulan saat uterus ditekuk dengan jari

f) Pemeriksaan test biologis kehamilan positif

3) Tanda pasti hamil yaitu:

a) Adanya gerakan janin dalam Rahim

b) Teraba bagian-bagian janin

c) Denyut jantung janin terdengar

c. Istilah Tahapan dalam Kehamilan

Menurut marmi (2015) peristiwa terjadinya kehamilan diantaranya yaitu :

1) Konsepsi

Yaitu bertemunya inti sel telur dan inti sel sperma yang nantinya akan membentuk zigot. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah diampulla tuba.

2) Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi dua sel (30 jam), 4 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan longgar. Setelah itu tiga hari sel-sel tersebut akan membelah bentuk menjadi morula (4 hari). Saat morula masuk rongga Rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Zona pellusida akan menghilang sehingga trofoblas akan masuk ke endometrium sehingga siap berimplantasi (5-6 hari) dalam bentuk blatokista tingkat lanjut.

3) Nidasi atau Implantasi

Seiring waktu sel yang terus membelah berjalan terus menuju endometrium maka terjadilah proses penanaman blastula yang

berlangsung pada hari ke6-7 setelah konsepsi.

4) Pertumbuhan dan Perkembangan embrio

Setelah terjadi nidasi, embrio terus bertumbuh dan berkembang sampai usia kehamilan sekitar 40 minggu.

d. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

Berikut perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil (Pratami, 2014) :

1) Trimester I

a) Uterus

Ibu hamil uterusnya tumbuh membesar akibat perumbuhan isi konsepsi. Hormone estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, hormone progesterone berperan untuk elastisitas uterus

Table 2.1

Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	12 minggu	1-2 jari diatas simpisi
2	16 minggu	Pertengahan simpisi pusat
3	20 minggu	3 jari dibawah pusat
4	24 minggu	Setinggi pusat
5	28 minggu	2-3 jari diatas pusat
6	32 minggu	Pertengahan pusat px
7	38 minggu	3 jari dibawah px
8	40 minggu	Pertengahan pusat-px

Sumber : Sofia,A (2012).

Table 2.2

Tinggi Fundus Uteri menurut Mc. Donald

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	22 minggu	20-24 cm diatas simpisis
2	28 minggu	26-30 cm diatas simpisis
3	30 minggu	28-32 cm diatas simpisis
4	32 minggu	30-34 cm diatas simpisis
5	34 minggu	32-36 cm diatas simpisis
6	36 minggu	34-38 cm diatas simpisis
7	38 minggu	36-40 cm diatas simpisis
8	40 minggu	38-42 cm diatas simpisis

Sumber : Saifudin, 2014.

b) Vagina dan vulva

Akibat hormone estrogen, vulva dan vagina mengalami perubahan pula. Sampai minggu ke-8 mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (lividae) tanda ini disebut tanda Chadwick.

c) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum gravidarum berdiameter kir-kira 3cm.

d) Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormone estrogen.

e) Payudara/mammae

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormone somatomotropin, estrogen dan progesterone, tetapi belum mengeluarkan ASI, papilla mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seluruh mammae karena hiperpigmentsi.

f) Perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing.

g) Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh darah yang membesar pula.

g) Sistem pernafasan

Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap laju metabolic dan peningkatan kebutuhan dasar oksigen jaringan uterus dan payudara.

2) Trimester II

a) Uterus

Pada kehamilan 16 minggu, cavum uteri sama sekali diisi oleh ruang amnion yang terisi janin dan isthimus menjadi bagian korpus uteri. Bentuk uterus menjadi bulat dan berangsur-angsur berbentuk lonjong seperti telur, ukurannya kira-kira sebesar kepala bayi atau tinju orang dewasa.

b) Vulva dan Vagina

Karena hormone estrogen dan progesterone meningkat dan mengakibatkan pembuluh-pembuluh darah alat genitalia membesar.

c) Ovarium

Pada usia kehamilan 16 minggu, plasenta terbentuk dan menggantikan fungsi korpus luteum gravidarum.

d) Serviks Uteri

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

e) Payudara /Mammae

Pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna agak jernih disebut colostrum.

f) Perkemihan

Kandung kemih tetekan oleh uterus yang membesar mulai berkurang. Pada Trimester kedua, kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen.

g) Sistem Pernafasan

Karena adanya penurunan tekanan CO₂ seorang wanita hamil sering

mengeluh sesak nafas sehingga meningkatkan usaha bernafas.

h) Kenaikan Berat Badan

Kenaikan berat badan 0,40 kg/400 gram perminggu selama masa kehamilan.

3) Trimester III

Perubahan fisiologis yang terjadi pada trimester III adalah sebagai berikut:

a) Kenaikan berat badan, biasanya 350-500 gram/minggu.

b) Perubahan pada uterus

Yang paling mencolok yaitu tinggi fundus uteri yang sebelumnya setinggi pusat, pada usia kehamilan 28-32 minggu tinggi fundus uteri 2 jari diatas pusat, pada usia kehamilan 33-36 minggu tinggi fundus uteri pertengahan pusat dan px, pada usia kehamilan 37-40 minggu tinggi fundus uteri 2 jari dibawah px (setinggi iga terakhir).

c) Perubahan pada mammae yaitu adanya pengeluaran colostrum.

Bila kepala sudah turun ke rongga panggul kecil maka akan menekan kandung kemih sehingga menimbulkan sering kencing.

e. Perubahan Psikologi selama Kehamilan

Perubahan psikologi pada ibu hamil dapat dibagi dengan melihat waktu kehamilannya yaitu trimester 1, 2 dan trimester 3.

1) Trimester I

Respon emosional

Berbagai respon emosional pada trimester 1 yang dapat muncul berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi, dan kesedihan. Selain itu perubahan mood yang akan lebih cepat terjadi bahkan ibu biasanya menjadi lebih sensitif. Rasa sedih hingga berurai air mata, rasa amarah, dan rasa suka cita dating silih berganti tanpa penyebab yang jelas (Astuti, 2016).

2) Trimester II

Secara umum, pada trimester kedua ini ibu akan merasa lebih baik dan sehat karena bebas dari ketidaknyamanan kehamilan, misalnya mual munta dan letih. Bagaimanapun juga, ketidaknyamanan lain akibat

perubahan fisiologis akibat berkembangnya kehamilan tetap dapat dirasakan. Hal tersebut dapat menjadi sebagai sesuatu yang menyenangkan, misalnya energi yang bertambah (Astuti, 2016).

3) Trimester III

Pada kehamilan trimester ketiga, ibu akan lebih nyata mempersiapkan diri untuk menyambut kelahiran anaknya. Selama menjalani kehamilan trimester ini ibu dan suaminya seringkali berkomunikasi dengan janinnya yang berada didalam kandungannya dengan cara mengelus perut dan berbicara didepannya, walaupun yang dapat merasakan gerakan janin diperut hanyalah ibu hamil itu sendiri. Perubahan yang terjadi pada trimester ini yaitu (Astuti, 2016):

- a) Kekhawatiran atau kecemasan dan waspada
- b) Persiapan menunggu kelahiran.

f. Tanda-tanda Bahaya selama Kehamilan (Tm I, II, III)

Tanda bahaya kehamilan (Pantikawati, dkk, 2013) yaitu:

1) Trimester I

Bahaya kehamilan trimester I meliputi :

- a) Perdarahan pervaginam
- b) Mual muntah berlebihan
- c) Sakit kepala yang hebat
- d) Penglihatan kabur
- e) Nyeri perut yang hebat
- f) Gerakan janin berkurang
- g) Bengkak pada wajah, kaki dan tangan
- h) Selaput kelopak mata pucat
- i) Demam tinggi
- j) Kejang
- k) Keluar air ketuban sebelum waktunya

2) Trimester II

Tanda bahaya kehamilan trimester II yaitu:

- a) Demam tinggi
- b) Bayi kurang bergerak seperti biasa

- c) Selaput kelopak mata pucat
- 3) Trimester III
 - a) Perdarahan pervaginam
 - b) Sakit kepala yang hebat dan menetap
 - c) Penglihatan kabur
 - d) Bengkak diwajah dan jari-jari tangan
 - e) Keluar cairan pervaginam
 - f) Gerakan janin tidak terasa
 - g) Nyeri abdomen yang hebat

g. Standar pelayanan Antenatal Care (ANC) 10T

1) Pengertian Antenatal Care

ANC (Antenatal Care) merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil atau bayinya dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan (Mufdilah, 2016).

2) Standar minimal kunjungan kehamilan

Menurut Kemenkes (2020) ibu hamil melakukan ANC sesuai standar pelayanan yaitu minimal 6 kali :

- a) 2 kali pada trimester I
- b) 1 kali pada trimester II
- c) 3 kali pada trimester III

Menurut Permrnkes Nomor 21 tahun 2021 ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standard selama kehamilan minimal 6 kali dengan distribusi waktu :

- a) 1 kali pada trimester I
- b) 2 kali pada trimester II
- c) 3 kali pada trimester III

Dengan pelayanan ANC oleh Dokter pada trimester: I dan III.

3) Standar Pelayanan Minimal

Pelayanan antenatal sesuai standard adalah pelayanan yang diberikan

kepada ibu hamil minimal 8 kali selama kehamilan dengan jadwal 2 kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua dan empat kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja difasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki surat tanda register (STR) (permenkes, 2016).

Indeks Massa Tubuh (IMT) Ibu Hamil

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Massa Index (BMI) merupakan alat atau cara sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan atau kelebihan berat badan (Supriasa,2016). Menurut Kemenkes (2014). Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat dihitung dengan membagi besaran Berat Badan (BB) dalam kilogram (kg) dengan Tinggi Badan (TB) dalam meter (m) kuadrat sesuai formula berikut :

$$\frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{tinggi badan (m)}}$$

Keterangan :

BB : berat badan dalam kilogram

TB : tinggi badan dalam meter

Peningkatan berat badan ibu hamil selama kehamilan yang direkomendasikan sesuai IMT adalah sebagai berikut :

Table 2.3
IMT Ibu hamil

IMT Pra Hamil	Kenaikan BB Total Selama Hamil	Laju kenaikan BB pada TM III (kg/mg)
Gizi kurang/KEK (<18,5)	12,71-18,16	0,45-0,59
Normal (18,5-24,9)	11,35-15,89	0,36-0,45
Kelebihan BB (25,0-29,9)	6,81-11,35	0,23-0,32
Obesitas (>30,0)	4,99-9,08	0,18-0,27

Menurut Kemenkes(2014).

Antenatal Care (ANC) tersebut merupakan standar pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10T yaitu :

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan, bertujuan mendeteksi kemungkinan adanya gangguan pada pertumbuhan janin.
- b) Ukur tekanan darah, bertujuan untuk mendeteksi seberapa besar resiko terkena Preeklamsia yang berpotensi membahayakan kehamilan.
- c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA), bertujuan mendeteksi seberapa besar kemungkinan resiko terkena mengalami KEK.
- d) Ukur tinggi puncak Rahim (fundus uteri), bertujuan untuk melihat atau memperarakan Perkembangan bayi selama dalam kandungan.
- e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), bertujuan untuk mendeteksi gawat janin.
- f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan, bertujuan membangun kekebalan tubuh ibu hamil terhadap infeksi tetanus.
- g) Pemberian tablet tambah darah minimal (90) tablet selama kehamilan, bertujuan untuk mencegah in ibu hamil mengalami anemia defisiensi besi.
- h) Tes laboratoriu, tes kehamilam, pemeriksaan hemoglobin (HB), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya). Pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi), yang pemberian pelayanan disesuaikan dengan trimester kehamilan, bertujuan mengetahui misal golongan darah, protein dalam Urine kadar gula darah, hemoglobin serta sifilus dan Hiv.
- i) Tatalaksana penanganan kasus sesuai kewenangan, bertujuan mengetahui adanya kelainan masalah kehamilan lebih dini.
- j) Temu wicara (konseling), bertujuan untuk memastikan Ibu dan janin selalu dalam keadaan Sehat. (permenkes 2016).

h. Pendidikan kesehatan trimester I, II, III

Pendidikan kesehatan adalah Profesi yang mendidik masyarakat tentang kesehatan, meliputi kesehatan lingkungan, kesehatan fisik, kesehatan social, kesehatan emosional, kesehatan intelektual dan kesehatan rohani (WHO, 2015)

1) Trimester I

Pada trimester pertama ibu sering mengalami mual muntah, berikan konseling kepada ibu untuk mengatasi mual dan muntah dengan cara mengatur pola makan, dengan makanan sedikit tapi sering, hindari makan yang berminyak, makan makananringan dan kering, hindari bau yang memicu terjadinya mual muntah.

2) Trimester II

Pada trimester kedua biasanya perut ibu mulai membesar sehingga ibu tidak percaya diri akan keadaan tubuhnya, berikan konseling kepada suami dan keluarga untuk memberikan support dan mental ibu.

3) Trimester III

Pada trimester ini ibu biasanya mengalami kaki bengkak berikan konseling untuk mengatasi bengkak pada kaki ibu bisa meninggikan kaki saat beristirahat dengan cara diganjal dan membiasakan tidur miring ke kiri.

Ibu juga biasa mengalami sering kencing berikan konseling kepada ibu hal itu adalah hal yang normal, hindari kebiasaan menahan kecing, untuk mengurangi frekuensi kencing dimalam hari kurangi minum.

i. Kehamilan dengan Resiko Tinggi

1) Pengertian

Kehamilan risiko tinggi merupakan suatu kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya) yang dapat mengakibatkan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Christiyanti, dkk, 2014).

Kehamilan yang termasuk kelompok risiko tinggi yaitu kehamilan yang dipengaruhi oleh 4T, antara lain terlalu tua dengan usia ibu > 35 tahun, terlalu muda dengan usia ibu < 19 tahun, terlalu sering dengan ibu

yang melahirkan > 3 kali dan terlalu dekat dengan jarak melahirkan < 2 tahun (Astuti, dkk, 2017).

Faktor risiko tinggi yang mempunyai potensi komplikasi yaitu usia < 19 tahun karena pada usia tersebut tergolong usia remaja yang masih mengalami pertumbuhan dan perkembangan secara fisik dan psikologis maka akan menimbulkan komplikasi terutama pada persalinan misalnya perdarahan karena rahim belum dapat berkontraksi dengan baik dan dapat menyebabkan persalinan lebih awal sehingga bayi lahir prematur. Komplikasi ibu hamil dengan usia > 35 tahun memiliki risiko tinggi karena organ reproduksi telah mengalami penurunan fungsi, sehingga dapat memudahkan terjadinya komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan misalnya hipertensi dalam kehamilan, persalinan lama karena kehamilan yang tidak kuat dan perdarahan karena otot rahim tidak berkontraksi dengan baik. Faktor komplikasi pada ibu paritas akan mengganggu kesehatan ibu misalnya anemia, perut ibu terlihat menggantung, kehamilan letak lintang, persalinan lama, perdarahan paska persalinan, solusio plasenta dan plasenta previa. Risiko tinggi pada Ibu hamil yang jarak kehamilan < 2 tahun sangat memungkinkan terjadinya perdarahan karena kondisi ibu lemah, melahirkan prematur dan melahirkan BBLR (Astuti, dkk, 2017).

Umur optimal bagi seorang ibu untuk hamil adalah 20-35 tahun, dibawah dan diatas umur tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan maupun persalinan. Pertambahan umur di ikuti oleh perubahan perkembangan organorgan dalam rongga pelvis. Pada wanita usia muda dimana organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaan belum sia menjadi seorang ibu maka kehamilan dapat berakhir dengan suatu keguguran, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan dapat disertai dengan persalinan macet. Umur hamil pertama yang ideal bagi seorang wanita adalah 20 tahun, sebab pada usia tersebut Rahim wanita sudah siap menerima kehamilan (Manuaba,2017).

Hamil diusia ≥ 35 tahun memiliki resiko kehamilan dan persalinan yang sangat tinggi dapat merugikan kesehatan ibu dan bayi. Kematian maternal pada usia lebih tinggi dari pada kehamilan maternal pada usia

20-34 tahun. Pada usia ≥ 35 tahun terjadi penurunan fungsi pada jaringan alat alat kandungan dan alat jalan lahir tidak lentur lagi. (Prawirohardjo, 2018)

2) Macam-macam resiko tinggi

Menurut Rina Tri Wahyuni dan Nunik Puspitasari (2021) ibu dengan 4T adalah ibu yang hamil Terlalu Muda, Terlalu Tua, Terlalu Sering dan Terlalu Banyak yang disingkat menjadi ibu dengan 4T. Ibu dengan 4T pertama adalah ibu yang hamil pada usia terlalu muda yaitu hamil saat berusia kurang dari 20 tahun. Kedua, ibu yang hamil pada usia terlalu tua yaitu hamil pada usia lebih dari 35 tahun. Ketiga, ibu dengan jarak kehamilan terlalu dekat yaitu jarak antar kelahiran anak satu dengan yang lainnya kurang dari 2 tahun dan terlalu sering. Keempat, ibu yang mempunyai anak hidup lebih dari 3 atau 4. Ibu dengan 4T dapat juga mengakibatkan kematian ibu karena berbagai komplikasi yang dialaminya.

Faktor risiko determinan kematian ibu ada 3 yaitu determinan dekat, determinan antara dan determinan jauh. Determinan dekat merupakan faktor langsung yang bisa menyebabkan kematian ibu diantaranya komplikasi yang dialami ibu selama hamil, bersalin, dan nifas. Contohnya perdarahan, eklamsi, infeksi, ruptur uteri dan partus lama. Determinan antara yaitu status kesehatan ibu, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan, perilaku sehat dan faktor lain yang tidak diketahui atau diduga. Status kesehatan ibu diantaranya status gizi, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan riwayat penyakit Ibu sebelumnya. Status reproduksi terdiri dari paritas, usia, dan jarak kelahiran, sedangkan akses pelayanan kesehatannya meliputi ketersediaan fasilitas kesehatan dan akses keterjangkauan biaya, jarak dan waktu. Sedangkan untuk perilaku sehatnya meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan jika masih usia produktif menggunakan kontrasepsi. Sedangkan determinan jauh meliputi status ibu didalam keluarga, status ibu di dalam masyarakat serta status keluarga dalam masyarakat. Untuk status ibu dalam

keluarga meliputi pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan status ibu di dalam masyarakat.

- a) ibu dengan 4T yang berusia terlalu muda (< 20 tahun) tidak ditemukan berpeluang untuk menyebabkan kematian ibu. Namun hal ini bukan berarti bahwa ibu berusia sangat muda pasti aman untuk hamil dan melahirkan. Perempuan yang terlalu muda (berusia kurang dari 20 tahun) dapat dikatakan belum siap secara fisik untuk hamil atau menjalani proses reproduksi. Ibu hamil pertama pada umur ≤ 16 th memiliki risiko tinggi mengalami kematian ibu karena rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga juga diragukan keterampilan dalam perawatan diri dan bayinya.
- b) Ibu dengan 4T yang terlalu tua (> 35 tahun) tidak berpeluang untuk menyebabkan kematian ibu. Namun hal ini bukan berarti bahwa ibu berusia sangat tua pasti aman untuk hamil dan melahirkan. Seorang Ibu yang hamil pertama pada usia ≥ 35 tahun juga memiliki risiko tinggi mengalami kematian ibu saat kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Pada rentang usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga bertambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar terjadi persalinan macet dan perdarahan. Umur yang terlalu tua dapat mengakibatkan komplikasi pada kehamilan, persalinan maupun nifas. Menurut penelitian di Finland menyebutkan bahwa hamil di usia tua akan menyebabkan sebagian besar terjadi eklamsi yang secara tidak langsung dapat mengakibatkan kematian ibu.
- c) Ibu dengan 4T yang mempunyai anak lebih dari 4 orang mempunyai risiko untuk meninggal 3 kali dibandingkan dengan ibu dengan 4T yang mempunyai anak kurang dari 4 orang. Jumlah anak terlalu banyak kemungkinan akan menyebabkan kesehatan ibu yang sedang hamil atau pasca persalinan terganggu. Terlalu sering melahirkan bisa memberi dampak buruk bagi seorang ibu sehingga risiko kematian menjadi lebih meningkat. Jika terlalu sering melahirkan

kemungkinan terjadi pendarahan saat persalinan. Perdarahan terjadi akibat kegagalan berkontraksi rahim atau biasa disebut perdarahan pasca persalinan. Jumlah anak yang meningkat dan tidak dibatasi maka diperkirakan dapat meningkatkan persentase komplikasi.

- d) Ibu dengan 4T yang mempunyai jarak anak terlalu dekat atau kurang dari 2 tahun mempunyai risiko untuk meninggal 1 kali dibandingkan dengan ibu dengan 4T yang mempunyai jarak anak lebih dari 2 tahun. Jarak kelahiran antara satu anak dengan (Mariati et al. 2011) anak yang lainnya yang kurang dari 2 tahun dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kematian maternal. Persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan (terlalu sering) merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu. Jarak antar kehamilan yang disarankan pada umumnya adalah paling sedikit dua tahun, untuk memungkinkan tubuh wanita dapat pulih dari kebutuhan ekstra pada masa kehamilan dan laktasi.

3) Resiko yang Dapat Terjadi Pada Ibu Hamil dengan Usia ≥ 35 Tahun

a) Preeklamsia dan Eklamsia

Sehubungan dengan makin tingginya usia ibu, uterine semakin mengalami degenerasi. Patofisiologi terjadinya preeklamsia sampai saat ini pun belum diketahui dengan jelas. Banyak teori yang telah dikemukakan mengenai terjadinya hipertensi dalam kehamilan. (Harrison,2012) menyebutkan bahwa preeklamsia dapat terjadi akibat kelainan implantasi plasenta, serta akibat perubahan pada ginjal dan sistem vaskuler secara keseluruhan, dimana akibat adanya disfungsi endotel, faktor-faktor yang memungkinkan perkembangan pembuluh darah menjadi berubah, menyebabkan timbulnya lesi yang khas pas sel endotel glomerulus, yang ditsndsi dengan adanya mikroskopis thrombus, sehingga mengakibatkan menurunnya fungsi ginjal (Rochdjati,2014)

Kemenkes RI, 2018, menyebutkan bahwa untuk mengurangi kejadian pre-eklamsia, bidan dapat mencegahnya dengan mengurangi faktor resiko dengan mendeteksi dini faktor resiko,

memberi konseling kepada ibu untuk mengatur usia reproduksi (20-35 tahun), mengatur berat badan ibu serta melakukan kunjungan ANC minimal 6 kali.

Penatalaksanaan

- (1) Banyak istirahat (berbaring tidur/miring)
- (2) Tirah baring
- (3) Diet, cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
- (4) Suplemen kalsium dan magnesium
- (5) Obat anti hipertensi dan dirawat dirumah sakit bila ada kecenderungan menjadi eklamsi.

b) Plasenta Previa

Plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang berimplantasi diatas atau sangat berdekatan dengan ostium uteri internum. Usia ibu semakin lanjut meningkatkan resiko plasenta previa. Terdapat 1 insiden dalam 1500 kehamilan pada perempuan kelompok usia <19 tahun dan sebesar 1 insiden dalam 100 kehamilan pada perempuan kelompok usia >35 tahun. Penelitian FASTER juga menyebutkan mereka yang berusia >35 tahun memiliki resiko 1,1% untuk mengalami plasenta previa dibandingkan dengan wanita yang berusia <35 tahun yang beresiko 0,5% (Rochdjati, 2018).

Penatalaksanaan

Menurut aestman bahwa tiap perdarahan trimester ketiga yang lebih dari show (perdarahan inisial), harus dikirim kerumah sakit tanpa dilakukan manipulasi apapun baik rectal maupun vagina. Apabila pada penilaian baik, perdarahan sedikit, janin masih hidup, belum inpartu, kehamilan belum cukup 37 minggu dan berat badan janin dibawah 2500 gram, maka kehamilan dapat dipertahankan istirahat dan pemberian obat-obatan dan observasilah dengan teliti.

c) Anemia

Anemi pada kehamilan adalah karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan

anemia. Pada kehamilan relative terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ketiga (Sulistyawati, 2017).

Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian suplemen Fe dosis rendah 30 mg pada trimester III ibu hamil non anemia Hb >11 gr/dl, sedangkan untuk hamil dengan anemia definisi besi dapat diberikan suplemen sulfat 325 mg 1-2 kali sehari. Untuk yang disebutkan oleh defisiensi asam folat dapat diberikan asam folat 1 mg/hari atau untuk dosis pencegahan dapat diberikan 0,4 mg/hari, dan bisa juga diberi vitamin B12 100-200 mg/hari (Budiarti, 2014).

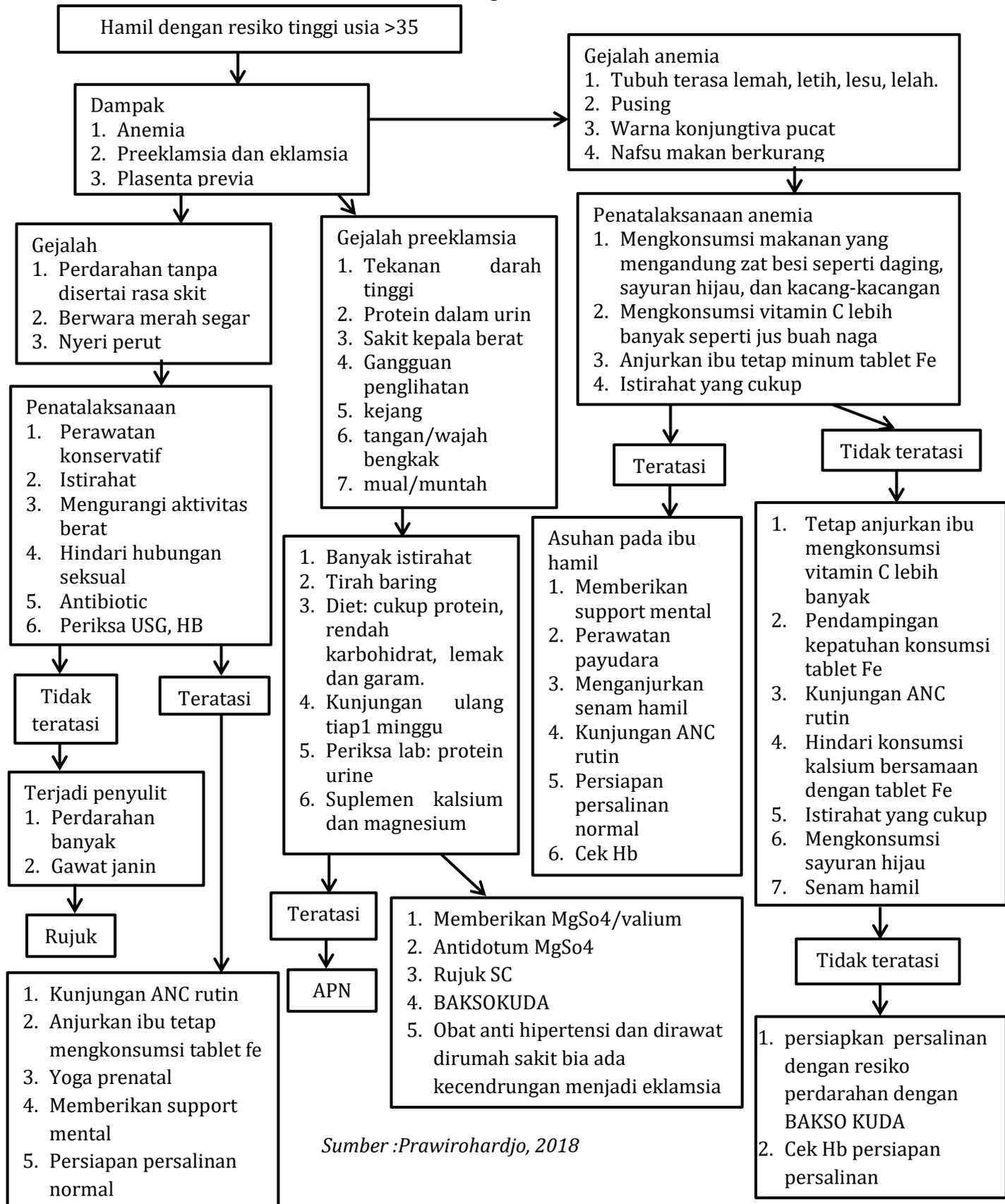
Penatalaksanaan

- (1) Mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti daging, sayuran hijau, dan kacang-kacangan.
 - (2) Mengonsumsi vit C lebih banyak seperti jeruk, jambu biji dan lain-lain.
 - (3) Anjurkan ibu tetap minum tablet Fe.
 - (4) Istirahat yang cukup
- 4) Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan Usia 35 Tahun
- a) Berikan KIE tentang pemeriksaan kehamilan difasilitas kesehatan minimal 6 kali kunjungan. Minimal 2 kali diperiksa oleh dokter satu kali pada trimester I dan satu kali pada trimester III.
 - b) Berikan KIE tentang ANC terpadu yang meliputi pemeriksaan laboratorium urin dan darah, pemeriksaan gizi, gigi dan pemeriksaan penunjang lainnya.
 - c) KIE tentang persiapan persalinan sesuai faktor resiko ibu hamil untuk bersalin difasilitas kesehatan atau rumah sakit dan ditolong oleh tenaga kesehatan.
 - d) Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada ibu.

- e) Jelaskan tanda-tanda persalinan.
- f) Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan setiap 1 minggu atau apabila ada keluhan (Kemenkes RI, 2018).

Bagan Hamil Resiko Tinggi Umur >35 tahun

Bagan 2.1



Sumber :Prawirohardjo, 2018

2. Persalinan

a. Konsep teori persalinan

1) Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri), yang dapat hidup ke dunia dan diluar rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan-jalan lain (Saifuddin et al, 2014). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan, dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi maupun janin (Prawirohardjo, 2016).

a) Jenis-jenis persalinan

(1) Jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya

(a) Persalinan normal adalah pengeluaran buah kehamilan pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, hasil konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, sering dan kuat, perdarahan <500 cc, plasenta keluar <30 menit setelah janin lahir (Elisabeth dan Endang, 2015).

(b) Persalinan anjuran adalah persalinan rangsangan, biasanya dengan masase mengosongkan kandung kemih, dan menggunakan obat-obatan seperti oksitosin (Elisabeth dan Endang, 2015).

(c) Persalinan buatan adalah pengeluaran buah kehamilan dengan bantuan alat-alat seperti vakum dan force (Elisabeth dan Endang, 2015).

b) Jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin

(1) Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan kurang dari 20 minggu dan berat janin kurang dari 1000 gram.

(2) Partus prematurus

(3) Adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan antara 28-36 dengan berat janin kurang dari 2500

gram.

(4) Persalinan aterm

Yaitu pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan cukup bulan, dengan usia kehamilan 37-40 minggu dengan berat janin 2500-4000 gram.

(5) Partus serotinus atau post matures

Adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan lebih dari 40 minggu.

2) Tahap Persalinan Kala I, II, III

Menurut JNPK-KR (2017), ada 4 kala dalam persalinan yang terdiri dari kala I, kala II, kala III, kala IV.

a) Kala I

Persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (JNPKKR, 2017)

(1) Fase Laten

- (a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- (b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- (c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam kontraksi mulai teratur tetapi lamanya di antara 20-30 detik (JNPKKR, 2017).

(2) Fase aktif

- (a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- (b) Dalam pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari

1 cm hingga 2 cm (multipara)

(c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNPK-KR, 2017).

Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Fase aktif berlangsung 6 jam dan dibagi atas 3 sub fase :

(a) Periode akselerasi: berlangsung 2 jam dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(b) Periode dilaktasi maksimal: berlangsung 2 jam dari pembukaan 4 cm berlangsung cepat menjadi 9 cm.

(c) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau lengkap (Kuswanti, 2019).

b) Kala II

Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala II persalinan adalah

(1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

(2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vaginanya.

(3) Perineum menonjol.

(4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

(5) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap, atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Pada primigravida, kala II berlangsung 2 jam dan multigravida berlangsung 1 jam (JNPK-KR, 2017).

c) Kala III

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

(1) Tanda-tanda lepasnya plasenta

(a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

(b) Tali pusat memanjang

(c) Semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2017)

(2) Manajemen Aktif Kala III (MAK III) terdiri dari tiga langkah utama yaitu :

(a) Pemberian suntikan Oksitosin dalam 1 menit pertama setelah lahir

(b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali

(c) Masse fundus uteri

Keuntungan dari manajemen aktif kala III yaitu persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta (JNPK-KR, 2017)

d) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah :

(a) Tingkat kesadaran.

(b) Periksa tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.

(c) Kontraksi uterus.

(d) Perdarahan dikatakan perdarahan jika darah yang dikeluarkan >500 cc untuk persalinan normal dan >1000 cc untuk persalinan SC.

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi proses persalinan, berikut :

Faktor-faktor tersebut menurut Kurniarum (2016) :

a) Passage (Panggul ibu)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

(1) Bagian keras : tulang tulang panggul (rangka panggul)

(2) Bagian lunak : otot-otot jaringan-jaringan dan ligament ligament

b) Power atau Kekuatan

Power atau kekuatan terdiri dari

(1) Kontraksi uterus

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi ligament.

(2) Tenaga mengejan

Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi.

c) Passanger Janin, plasenta dan air ketuban.

d) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu.

e) Psikologis

f) Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan.

4) Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan menurut Rosyati (2017), yaitu:

a) Tanda dan Gejala Inpartu

(1) Penipisan dan pembukaan serviks.

(2) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

(3) Cairan lendir bercampur darah "show" melalui vagina.

b) Tanda-tanda Persalinan

(1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

(2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan perineum menonjol.

(3) Vulva dan spingter ani membuka.

(4) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

c) Komplikasi Dalam Persalinan

(1) Infeksi

(2) Retensio plasenta

(3) Hemotom pada vulva

- (4) Rupture uteri
- (5) Emboli di ketubsn
- (6) Ruftur perineum
- d) Mekanisme Persalinan

Persalinan normal diawali dengan turunnya kepala dari rongga panggul besar ke rongga panggul kecil, melewati pintu atas panggul (melintang). Dalam keadaan 3 kondisi yang pertama adalah apabila sutura sagitalis diantara promontorium dan simpisis atau osparietal depan dan ospariental belakang sejajar dengan sinklitismus. Apabila sutura sagitalis mendekati promontorium atau ospariental depan lebih rendah dari ospariental belakang dinamakan asinklitismus posterior. Apabila sutura sagitalis mendekati simpisis atau ospariental depan lebih tinggi dari pada ospariental belakang asinklitismus anterior.

Kemudian kepala janin masuk dari rongga panggul besar menuju rongga panggul kecil dan terjadilah fleksi, dagu mendekati dada kemudian diikuti dengan terjadinya putaran paksi dalam diikuti dengan ekstensi atau defleksi sehingga ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis kemudian lahirla ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, dan lain-lain.

Kemudian putaran faksi luar mengikuti sumbu tubuh janin, posisi tangan penolong biparental, tarik kebawah untuk melahirkan bahu depan, tarik keatas untuk melahirkan bahu belakang, sangga dan susur seluruh badan bayi dan terjadilah ekspulsi.

Menurut Sumarah, (2019) ada tujuh gerakan-gerakan janin dalam persalinan atau gerakan kardinal yaitu engagement, penurunan, fleksi, rotasi dalam, ekstensi, rotasi luar, ekspulsi.

(1) Engangement

Engangement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anteroposterior. Jika kapala masuk ke dalam pintu atas panggul

dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke sympisis maka hal ini di sebut Asinklitismus.

(1) Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, dan gaya berat kalau pasien dalam posisi tegak. Berbagai tingkat penurunan janin terjadi sebelum permulaan persalinan pada primigravida dan selama Kala I pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan, gerakan yang lain akan membantunya.

(2) Fleksi

Fleksi sebagian terjadi sebelum persalinan sebagai akibat tonus otot alami janin. Selama penurunan, tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga dagu bayi mendekati dadanya. Pada posisi oksipitoanterior, efek fleksi adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi suboksipitoposterior yang lebih kecil. Pada posisi oksipitoposterior, fleksi lengkap mungkin tidak terjadi, mengakibatkan presentasi diameter yang lebih besar, yang dapat menimbulkan persalinan yang lebih lama.

(3) Putaran Paksi Dalam

Pada posisi oksipitoanterior, kapala janin, yang memasuki pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksipito kembali ke anterior ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala janin bertemu penyangga otot pada dasar pelvis. Ini sering tidak tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah mencapai tingkat spina iskhidika sehingga terjadilah engagement.

Pada posisi oksipitoposterior, kepala janin dapat memutar ke posterior sehingga oksiput berbalik ke arah lubang sakrum. Pilihan lainnya, kepala janin dapat memutar lebih dari 90 derajat menempatkan oksiput di bawah simfisis pelvis sehingga berubah ke posisi oksipitoanterior. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksipitoposterior memutar ke posisi oksipitoanterior selama fleksi dan penurunan. Bagaimanapun, sutura sagital biasanya berorientasi pada poros anteriorposterior dari pelvis.

(4) Ekstensi

Kepala yang difleksikan pada posisi oksipitoanterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan ke depan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah peregangan dan perentangan jaringan perineum.

Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, sinsiput, hidung, mulut, dan dagu melewati perineum. Pada posisi oksipitoposterior, kepala dilahirkan oleh kombinasi ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput, dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan.

(5) Putaran Paksi Luar

Pada posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement untuk menyebariskan dengan punggung dan bahu janin. Putaran paksi kepala lebih jauh dapat terjadi sementara

bahu menjalani putaran paksi dalam untuk menyebariskan bahu itu di bagian anteriorposterior di dalam pelvis.

(6) Ekspulsi (Pengeluaran)

Setelah putaran paksi luar dari kepala, bahu anterior lahir dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas tubuh perineum, kemudian seluruh tubuh anak.

e) 60 Langkah APN

Langkah-langkah APN menurut buku JNPK-KR (2017) adalah sebagai berikut:

- (1) Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan.
- (2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan tempat datar, keras, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lender dan lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Untuk ibu menggelar kain di perut bawah ibu, menyiapkan oksitosin 10 unit, alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.
- (3) Pakai clemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
- (4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- (6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
- (8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah

- lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.
- (10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kedalam partograf.
- (11) Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- (a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
- (b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- (12) Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa meneran atau kontraksi yang kuat, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- (13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbulnya kontraksi yang kuat.
- (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

- (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - (d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
 - (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - (f) Berikan cukup asupan cairan per oral (minum).
 - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - (h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran 120 menit (2 jam) pada primigravida atau 60 menit (1 jam) pada multigravida.
- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
- (15) Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- (16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagai alas bokong ibu.
- (17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- (18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
- (19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.
- (20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi) segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- (a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.

- (b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- (21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan. Lahirnya bahu.
- (22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Lahirnya badan dan tungkai.
- (23) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang kedua mata kaki dengan melingkarkan ibu jari pada sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
- (25) Lakukan penilaian (selintas):
- (a) Apakah bayi cukup bulan?
 - (b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
 - (c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK", lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawab
- (26) Keringkan tubuh bayi. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
- (27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).

- (28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- (29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- (30) Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan klem kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Pada era covid-19 tidak dilakukan penundaan penjepitan tali pusat (delayed chord clamping).
- (31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- (a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - (c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- (32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.
- (a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - (b) Melakukan IMD
 - (c) sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - (d) biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi
 - (e) sudah berhasil menyusu.

Kala III :

- (33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
- (34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- (35) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus(dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur di atas.
Mengeluarkan plasenta.
- (36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - (a) Ibu boleh meneran tapi tali pusat hanya ditegangkan (Jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas.
 - (b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - (c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
 - 1. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - 2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - 5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan manual plasenta.

6. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
7. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan message dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi aorta abdominai. Tampon kondom-kateter). Jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik setelah rangsangan taktil/massage. (Lihat penatalaksanaan atonia uteri)

Kala IV

- (37) Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan.
- (38) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedala katung plastik atau tempat khusus. uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (39) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
- (40) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- (41) Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
- (42) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- (43) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (44) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).
 - (a) Jika bayi sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - (b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS Rujukan.
 - (c) Jika kaki diraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- (45) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (46) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- (47) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- (48) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- (49) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (50) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (51) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan menggunakan tisu dan handuk pribadi yang bersih dan kering.

- (52) Pakai sarung tangan yang membersih untuk memberikan vitamin K1 (1mg) IM dipaha kiri bawah lateral dan salep mata profllaxis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.
- (53) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernafasan normal 40-60x/menit dan temperature tubuh normal 36,5-37,5C) setiap 15 menit.
- (54) Setelah 1 jam pemberian pemberian Vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- (55) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (56) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (57) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

(a) Patograf

1) Pengertian

Partograf atau partogram adalah metodegrafik untuk merekam kejadian-kejadian padaperjalanan persalinan (Farrer, 2001).Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan (Depkes, 2008).

2) Tujuan patograf

Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

- a. Mendeteksi apakah proses persalinanberjalan secara normal.
- b. Data pelengkap yang terkait pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, medika metosa, laboratorium, dan tindakan yang diberikan.

3) Hal-hal yang perlu dicatat dengan seksama untuk menilai kondisi ibu dan bayi

Yang diperiksa per 30 menit yaitu

- a. DJJ : Setiap 30 menit
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 30menit.
- c. Nadi : setiap 30 menit

Yang diperiksa per 4 jam yaitu

- a. Pembukaan serviks: setiap 4 jam.
- b. Penurunan kepala : setiap 4 jam
- c. Molase setiap 4 jam
- d. Air ketuban setiap 4 jam.
- e. TD dan Temp : setiap 4 jam
- f. Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 sampai 4 jam

4) Hal-hal yang perlu catat pada patograf

- a. Denyut jantung janin setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina setiap 4 jam sekali
 - 1) U : Selaput Utuh
 - 2) J : Selaput pecah, air ketuban Jernih
 - 3) M : Air ketuban bercampur dengan Mekonium
 - 4) D : Air ketuban bercampur Darah
 - 5) K : Tidak ada cairan ketuban/Kering
- c. Molase (penyusupan tulang kepala janin)
Nilai molase dengan menggunakan lambang berikut:
 - 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, suturadengan mudah dipalpasi
 - 1 : Tulang-tulang hanya saling bersentuhan
 - 2 : Tulang-tulang saling tumpang tindih, tapi masihdapat dipisahkan

- 3 : Tulang-tulang tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan catat padakolom penyusupan yang ada dibawah laju air ketuban
- d. Pembukaan Serviks dinilai 4 jam sekali dan diberitanda (X) Beri tanda silang pada garis waspada
 - e. Penurunan bagian terbawah
 - f. Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba pada pemeriksaan abdomen, Misal bila kepala dipalpsi 4/5 \diamond tuliskan tanda (O) diangka 4.
 - g. Waktu : menyatakan berapa jam waktu yangtelah dijalani sesudah pasien diterima.
 - h. Catat jam sesungguhnya
 - i. Kontraksi : catat $\frac{1}{2}$ jam sekali; Lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik:
 - 1) Kurang dari 20 detik
 - 2) antara 20 dan 40 detik
 - 3) Lebih dari 40 detik
 - j. Oksitosin : jika memakai oksitosin, catat banyaknya oksitosin pervolum cairan infus dan dalam tetesan permenit
 - k. Obat yang diberikan ; Catat semua obat yang diberikan.
 - l. Nadi. Catat setiap 30 menit dan tandai dengansebuah titik Besar (.)
 - m. Tekanan Darah : Catat setiap 4 jam sekali dantandai dengan anak panah
 - n. Suhu Tubuh:catat setiap 4 jam sekali
 - o. Protein, aseton, dan volume urin

5) Prinsip dalam Persalinan

Yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat yang tinggi bagi ibu dan bayi melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan-pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Praktik-praktik pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal meliputi:

- a) Pencegahan infeksi secara konsisten dan sistematis.
- b) Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf.
- c) Memberikan asuhan saying ibu secara rutin selama persalinan pasca persalinan dan nifas.
- d) Menyiapkan rujukan ibu bersalin.
- e) Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya
- f) Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin
- g) Mengasuh bayi baru lahir.
- h) Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayi.
- i) Mengajarkan ibu dan keluarga untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayi.
- j) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan ada lima aspek dasar atau lima benang merah, penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

Lima benang merah tersebut adalah:

- 1) Membuat keputusan klinik
- 2) Membuat keputusan klinik adalah proses pencegahan masalah yang akan digunakan untuk menrencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c) Membuat diagnosis menentukan masalah yang terjadi.
- d) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
- e) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
- f) Melakukan asuhan/intervensi terpilih.
- g) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

3) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, keinginan sang ibu,. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama usb proses persalinan akan mendapat rasa aman dan keluarga yang lebih baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (eksterasi vakum, kuman, dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukan sesuai martabatnya.
- b) Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c) Menjelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya.
- d) Menganjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatian ibu.
- f) Memberi dukungn, membesarkan hatinya, dan menentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lain.
- g) Menganjurkan ibu untuk ditemani suaminya dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h) Menganjurkan suami dan anggota keluarga untuk membantu

mengatasi nyeri persalinan

- i) Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- j) Menghargai privasi ibu.
- k) Menganjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l) Menganjurkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan jika ia menginginkannya
- m) Menghargai dan memperbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan.
- n) Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomy, mencukur, dan klisma).
- o) Menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- p) Membantu ibu memulai dari pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
- q) Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu)
- r) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

4) Pencegahan infeksi

Prinsip pencegahan infeksi

- a) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- c) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan, atau benda lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap terkontaminasi.
- e) Teresiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

5) Pencatatan (rekam medis)

Aspek-aspek penting dalam pencatatan:

- a) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- c) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses, maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsiten.

(1) Pencatatan (rekam medis) aspek-aspek penting dalam pencatatan:

(2) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan

(3) Identifikasi penolong persalinan

(4) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan, mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca.

(5) Ketersediaan system penyimpanan catatan atau data pasien.

(6) Keberhasilan dokumen-dokumen medis.

6) Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, tetapi sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi. Setiap tenaga penolong atau fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetri

dan bayi baru lahir.

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu :

- a) Bidan
- b) Alat
- c) Keluarga
- d) Surat
- e) Obat
- f) Kendaraan
- g) Uang
- h) Darah
- i) Doa

Kemajuan Persalinan dengan Partograf

- a) Pemantauan Kemajuan persalinan

Kemajuan persalinan ditandai dengan meningkatnya effacement dan dilatasi serviks yang diketahui melalui pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau apabila ada indikasi (meningkatnya frekuensi dan durasi serta intensitas kontraksi, dan nada tanda gejala kala II) selain effacement dan dilatasi serviks, kemajuan persalinan dapat dinilai dari penurunan, flrksi, dan rotasi kepala janin. Penurunan kepala dapat diketahui dengan pemeriksaan abdomen (palpasi) atau pemeriksaan dalam.

- b) Pemantauan Kesejahteraan Ibu

Kesejahteraan ibu selama persalinan kala disesuaikan dengan tahapan persalinan yang sedang dilaluinya, apakah ibu sedang dalam fase aktif atau masih dalam fase laten persalinan pemantauan meliputi :

- (1) Frekuensi nadi
- (2) Suhu tubuh
- (3) Tekanan darah
- (4) Urin
- (5) Keseimbangan cairan
- (6) Pemeriksaan abdomen

(7) Dan pemeriksaan kesejahteraan janin

c) Pemantauan kesejahteraan janin

Kondisi janin selama persalinan dapat dikaji dengan mendapatkan informasi mengenai frekuensi dan pola denyut jantung janin, Ph darah janin dan cairan amniotic. Frekuensi denyut jantung dapat dikaji secara intermiten dengan stetoskop pinard, alat dopler atau dengan menggunakan Electronic Fetal Monitoring (EFM) secara kontinu, setiap 30 menit.

Pemantauan intemiten dilakukan pada keadaan jantung janin diauskultasikan dengan interval tertentu menggunakan stetoskop janin monoral (pinard) atau alat dopler.

Frekuensi jantung harus dihitung selama satu menit untuk mendengarkan variasi denyut ke denyut. Batasan normal antara 110-160 kali denyutan permenit. Pemeruksaan denyut jantung janin dapat dilakukan saat ontrasi uterus berlangsung atau saat kontraksi sudah akan berakhir. Pada pemantauan EFM, transduser ultrasound dapat diletakkan pada abdomen ditempat jantung janin agar terdengar dengan intensitas yang maksimal.

Dengan layar modern dan hasil yang dapat direkam dan dicetak, alat ini cukup kuat untuk memantau kesejahteraan jain dengan baik, terutama pada kasus gawat janin.

b. Persalinan pada ibu resiko tinggi usia > 35 tahun

Resiko persalinan pada ibu usia >35 tahun

1) Partus dengan Tindakan (Rochdjati, 2010)

Ibu usia >35 tahun memiliki resiko lebih tinggi menghadapi penyulit dalam masa kehamilan dan persalinan. Berbagai penyulit kehamilan tersebut berdampak pada meningkatnya kebutuhan persalinan dengan tindakan. Ibu usia >35 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melahirkan dengan section caesaria serta persalinan dengan induksi disbanding ibu yang berusia lebih muda. Hal ini ditunjukkan dengan meningkatnya resio section caesaria pada ibu usia 40-45 tahun hingga mencapai 50%. Begitu pula pada ibu usia 50-63 tahun, yang rasionya

meningkat menjadi 80%.

Usia ibu yang tua merupakan faktor resiko tanggal yang dilakukannya section caesaria, baik tindakan section secara langsung maupun yang didahului oleh persalinan spontan atau persalinan menggunakan induksi lainnya. Hal ini dikarenakan parturient yang lebih tua memiliki kecendrungan yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan nonprogresif dan lebih sering membutuhkan oksitosin dalam dosis lebih tinggi, serta waktu lebih panjang untuk melahirkan pervaginam dibandingkan mereka yang berusia lebih muda.

2) Persalinan dapat berjalan tidak lancar (Partus Lama)

Partus lama (partus tak maju) yaitu persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Partus lama (partus tak maju) berarti meskipun kontraksi uterus kuat, janin tidak dapat turun karena faktor mekanis. Kemacetan persalinan turunnya kepala dan putaran paksi sebelum 2 jam terakhir biasanya terjadi pada pintu atas panggul, tetapi dapat juga terjadi pada rongga panggul atau pintu bawah panggul.

Biasanya tidak ada pembukaan serviks, usia ibu hamil dan jumlah paritas merupakan penyebab terjadinya partus lama. Usia reproduksi yang optimal bagi seorang ibu untuk hamil dan melahirkan adalah 20-35 tahun karena pada usia ini secara fisik dan psikologi ibu sudah matang dalam menghadapi kehamilan dan persalinan.

Usia >35 tahun organ reproduksi mengalami perubahan yang terjadi karena proses menuanya organ kadungan dan jalan lahir kaku dan tidak lentur lagi. Selain itu peningkatan umur seseorang akan mempengaruhi organ yang vital seperti sistim kardiovaskuler, ginjal dll. Pada umur tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu yang akan memperlambat tugas organ-organ tersebut sehingga berisiko mengalami komplikasi pada ibu dan janin (Rochdjati, 2010)

Penanganan Persalinan Lama

a) Fase Laten yang memanjang

- 1) Jika his berhenti, pasien belum memasuki masa inpartu atau disebut persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan

makin bertambah lebih dari 4 jam, masuk dalam fase laten.

2) Jika fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks:

- Jika ada kemajuan dan pendataran atau pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan lakukan induksi persalinan dengan oksitosin drip (lakukan penilaian setiap 4 jam; jika pasien tidak memasuki fase aktif setelah pemberian obat oksitosin selama 8 jam maka akan dilakukan SC).
- Jika didapatkan tanda-tanda infeksi, maka harus segera dilakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin, berikan antibiotic kombinasi sampai dengan persalinan.
- Jika ada pendataran atau pembukaan servik, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin (lakukan penilaian 4jam, jika pasien tidak masuk fase aktif setelah pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan SC).

b) Fase aktif yang memanjang

- 1) Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik dan ketuban masih utuh maka akan dilakukan amniotomi
- 2) Nilai His jika his tidak adekuat pertimbangkan adanya inersia uteri jika his adekuat pertimbangkan adanya disproporsi obstruksi, malposisi, atau malpresentasi. Maka harus segera dilakukan perbaikan his dan mempercepat kemajuan persalinan

c) Kala II lama

- 1) Memimpin ibu meneran jika ada dorongan ingin meneran
- 2) Jika tidak ada malposisi diberikan drip oksitosin
- 3) Jika tidak ada kemajuan persalinan
 - Jika letak kepala lebih dari 1/5 diatas simphisis atau bagian tulang kepala dari station 0 dapat dilakukan ekstraksi vakum
 - Jika letak kepala antara 1/5 - 3/5 diatas simphisis dapat dilakukan vakum
 - Jika letak kepala lebih dari 3/5 diatas simphisis lakukan SC.

d) Menganjurkan ibu bermain Birthing ball

Birthball memiliki arti bola lahir yang dapat digunakan pada

ibu inpartu kala I ke posisi yang biasa membantu kemajuan persalinan. Adapun keuntungan dari pemakaian birthball ini adalah meningkatkan aliran darah ke rahim, plasenta dan bayi, meredakan tekanan dan dapat meningkatkan outlet panggul sebanyak 30%, serta dapat memberikan rasa nyaman pada lutut dan pergelangan kaki, memberikan kontratekanan pada perineum dan paha, bekerja dengan gravitasi yang mendorong turunnya bayi sehingga mempercepat proses persalinan (Rosmaria, 2021).

Birthing ball merupakan alat bantu yang bisa digunakan untuk melakukan olah tubuh pada masa kehamilan, namun penggunaannya membutuhkan perhatian lebih agar ibu tidak terjatuh pada saat menggunakannya, mengingat bentuk bola yang bundar dan keseimbangan ibu dengan membawa beban besar dibagian perut. Birthing ball membantu untuk pemijatan bagian perineum ibu hamil. Birthing ball dapat membantu ibu dalam posisi tegak, tetap tegak ketika dalam proses persalinan akan memungkinkan rahim untuk bekerja seefisien mungkin dengan membuat bidang panggul lebih luas dan terbuka. Dengan kata lain dapat merangsang dilatasi dan memperlebar outlet panggul. Duduk lurus di atas bola maka gaya gravitasi bumi akan membantu janin atau bagian terendah janin untuk segera turun ke panggul (Riyanti, 2018).

3) Perdarahan pasca persalinan (Nurhayati, 2019)

Perdarahan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi pada proses persalinan. Perdarahan pada kala III dapat disebabkan diantaranya:

a) Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali.

b) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir

dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir.

c) Sisa plasenta

Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Gejala yang selalu ada yaitu plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera.

4) Ruptur uteri

Rupture uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan atau dalam persalinan dengan atau tanpa robeknya peritoneum visceral. Terjadinya rupture uteri pada seorang ibu hamil atau sedang bersalin masih merupakan suatu bahaya besar yang mengancam jiwanya dan janinnya. Kematian ibu dan anak karena rupture uteri masih tinggi.

Terdapat beberapa faktor risiko penyebab terjadinya ruptur uteri seperti riwayat sectio caesarea atau sikatriks pada uteri, grande multipara, penggunaan oxytocin dan misoprostol, placenta percreta, dan malpresentasi (Prawirohardjo, 2017).

5) Terjadi robekan perineum

Lacerasi jalan lahir/robekan perineum pada saat persalinan sering kali menyebabkan perlukaan jalan lahir. Luka yang luas dan berbahaya, sering terjadi pada vulva dan perineum dan memelukan proses penjahitan. Penyebab yang paling sering adalah pimpinan persalinan dan tindakan mendorong kuat pada fundus uteri (Prawirohardjo, 2017).

6) Bayi Lahir premature

Bayi Lahir prematur yaitu kelahiran yang terjadi sebelum minggu ke-37 atau lebih awal dari hari perkiraan lahir. Kondisi ini terjadi ketika kontraksi rahim mengakibatkan terbukanya leher rahim (serviks) sehingga membuat janin memasuki jalan lahir. Usia dan paritas dapat menyebabkan terjadi bayi lahir prematur dimana Ibu hamil usia > 35 tahun dan paritas > 3 dapat terjadi penurunan fungsi organ melalui proses penuaan dan jalan lahir juga tambah kaku sehingga terjadi persalinan macet dan pendarahan, selain itu dapat melahirkan bayi belum cukup bulan (Prawirohardjho, 2018)

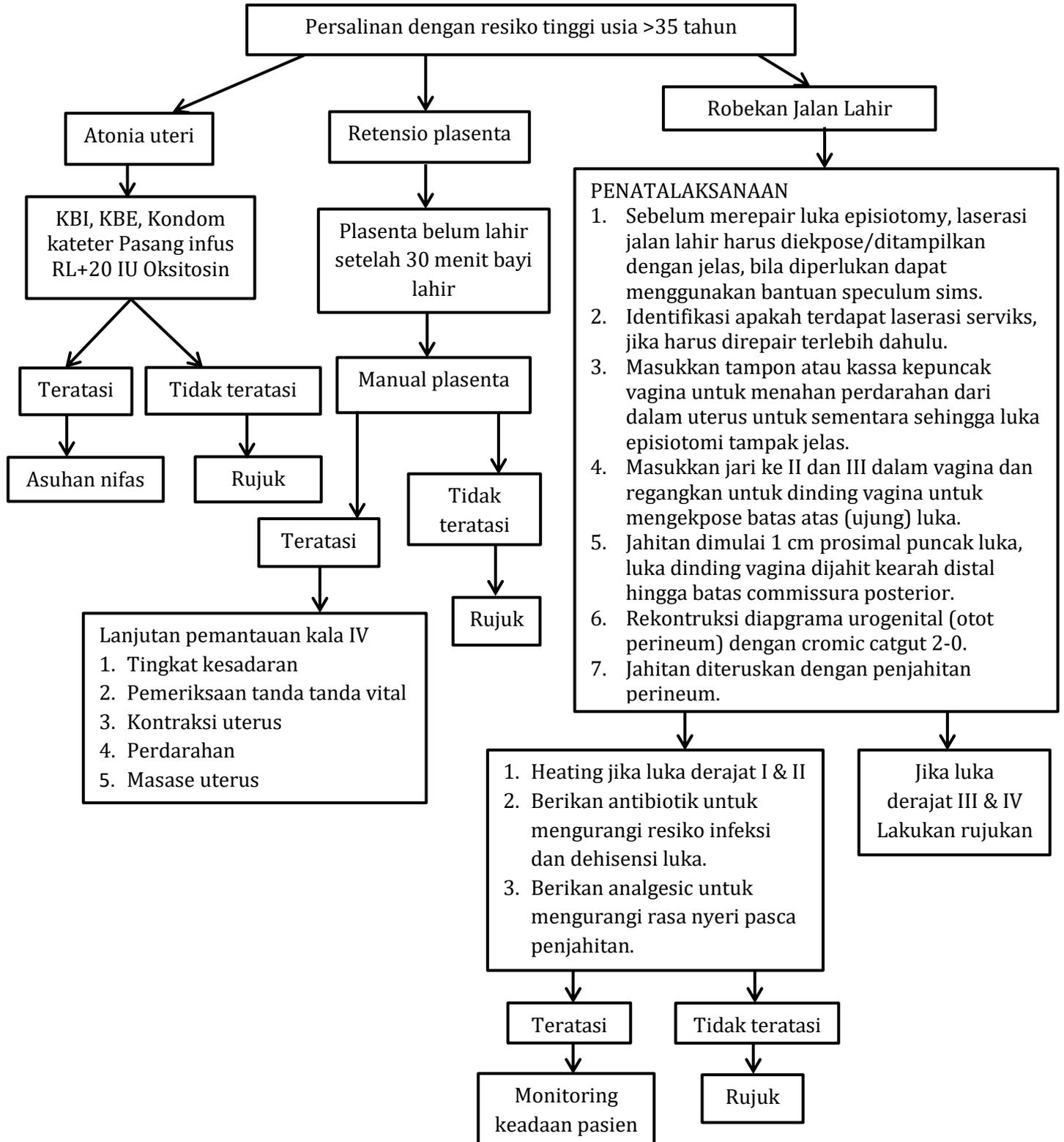
Bagan Persalinan Normal

Bagan 2.2



Bagan Persalinan Resiko Tinggi Usia >35 Tahun

Bagan 2.3



Sumber : Prawirohardjo, 2018

3. Nifas

a. Konsep masa nifas

1) Pengertian

Pengertian masa nifas (puerperium) adalah masa setelah kala IV sampai 40 hari yang normal terjadi pada masa nifas (Walyani dan Purwoastuti, 2015)

Tujuan Asuhan Nifas (Prawirohardjo, 2016)

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- b) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau menunjuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c) Memberikan penkes tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- d) Memberikan pelayanan KB

2) Nifas dibagi menjadi 3 periode

- a) Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b) Puerperium, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c) Remote puerperium, yaitu waktu yang paling diperlukan untuk dipuji dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, dan tahunan (Reni Haryani, 2012).

3) Hal-hal yang terjadi pada masa nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) hal-hal yang terjadi pada masa nifas adalah :

4) Involusi

Aalah pengeluaran hamper ke keadaan semula dari seluruh organ tubuh ibu yang terutama adalah uterus, tolak ukur pengembaliannya adalah palpasi pada fundus uteri yaitu sebagai berikut:

- a) Hari 1-2 : TFU 2 jari dibawah pusat

- b) Hari 3-7 : TFU Pertengahan Pusat Simpisis
- c) Hari 10 : TFU 2 Jari diatas simpisis
- d) Hari 14 : Normalnya sudah tidak teraba lagi

5) Pengeluaran lochea

Adalah pengelluaran cairan dari uterus, dan bekas tumbuhnya plasenta

- a) Hari 1-3 : lochea Rubra berwarna merah segar bau amis
- b) Hari 3-7 : lochea Sanguinolenta berwarna merah kecoklatan
- c) Hari 7-14 : lochea Serosa berwarna merah muda atau coklat
- d) Hari 14 : lochea Alba berwarna putih

6) Laktasi

Proses produksi asi dan pengeluaran asi (Sumantri 2012)

7) Standar pelayanan pada ibu nifas

Standar 15 : pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas. Pelayanan standar: bidan memberikan yaitu pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan masa nifas. Kunjungan masa nifas menurut Setyo dan Sri (2016).

Terbagi menjadi 4 kunjunga yaitu :

- a) Kunjungan pertama dilakukan 6-8 jam setelah persalinan.

Tujuannya :

- (1) Mencegah perdarahan waktu nifas karena anemia, atonia uteri.
- (2) Deteksi dan obati penyebab perdarahan lainnya, lihat kapan perdarahan berlanjut.
- (3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga bila terjadi perdarahan yang banyak.
- (4) Pemberian ASI awal.
- (5) Melakukan kontak antara ibu dan bayi.
- (6) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia.
- (7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan petugas harus tinggal dan mengawasi sampai 2 jam pertama.

b) Kunjungan kedua 6 hari setelah persalinan

Tujuannya:

- (1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
- (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- (3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- (4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar.
- (5) Memastikan konseling pada ibu tentang perawatan tali pusat, kehangatan dan kebersihan bayi.

c) Kunjungan 2-3 minggu post partum

Tujuannya :

- (1) Memastikan involusi terus berjalan normal, uterus berkontraksi, tidak ada perdarahan dan pengeluaran tidak berbau.
- (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
- (3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makan, cairan, dan istirahat.
- (4) Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik, dan tidak menunjukkan tanda tanda penyakit.
- (5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi agar tetap hangat dalam merawat bayinya.

d) Kunjungan keempat 4-6 minggu setelah persalinan

- (1) Menanyakan pada ibu tentang penyakit-penyakit yang ibu dan bayi alami.
- (2) Memberikan konseling KB secara dini.
- (3) Konseling perawatan tali pusat, tali pusat harus tetap kering, beritahu ibu bahaya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi, misalnya minyak bau bahan lain jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan, tercium bau busuk, bayi segera dirujuk.

(4) Perhatikan kondisi umum bayi, apakah ada icterus atau tidak icterus pada hari ketiga post partum adalah kondisi fisiologis yang tidak perlu pengobatan. Bila icterus terjadi pada hari ketiga atau kapan saja dan bayi malas untuk menyusu serta tampak mengantuk maka segera rujuk ke rumah sakit.

8) Bahaya masa nifas

Menurut Pitiraini (2014), ada beberapa tanda bahaya selama masa nifas. Yaitu:

- a) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- b) Pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk yang menyengat.
- c) Rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung.
- d) Sakit kepala yang terus menerus atau masalah penglihatan.
- e) Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit, sewaktu buang air seni atau merasa tidak enak badan.
- f) Payudara memerah, panas atau sakit.
- g) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
- h) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.

9) Infeksi puerperalis

Infeksi kala nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas. Gambaran klinis infeksi nifas :

a) Infeksi pada puerperium

Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomy atau luka perineum jaringan disekitarnya membengkak, jahitan muda lepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

b) Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, serta getah mengandung nanah dan keluar darah ulkus. Penyebaran dapat terjadi tetapi pada umumnya infeksi

tinggal terbatas.

c) Serviks infeksi

Infeksi serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

Gejala :

- (1) Rasa nyeri serta panas pada tempat infeksi.
- (2) Kadang-kadang perih bila kering.
- (3) Bila getah radang bisa keluar, biasanya keadaannya tidak berat.
- (4) Suhu sekitar 38°C dan nadi 100 kali permenit
- (5) Kadang perih bila BAK
- (6) Bila luka terinfeksi tertutup oleh jahitan dan getah radang tidak dapat keluar, demam bisa naik sampai 39-40°C dengan kadang-kadang disertai menggigil.

Penanganan pada kasus ini merupakan pemberian antibiotic, roborantia, pemantaua vital sign, serta in take out pasien (makanan dan cairan)

d) Pengobatan

- (1) Berikan antibiotic dengan spectrum luas.
- (2) Lakukan tindakan untuk mempertinggi daya tahan tubuh.
- (3) Jika terjadi abses lakukan pembukaan jahitan.
- (4) Transfuse darah bila perlu.

10) Perdarahan post partum

Perdarahan post partum dalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2010)

Menurut waktu terjadinya dibagi atas 2 bagian:

- a) Perdarahan post partum primer, yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b) Perdarahan post partum sekunder yang terjadi setelah 24 jam

biasanya terjadi antara hari ke 5-15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Prawirohardjo, 2010).

11) Sub involusi

a) Sub involusi uterus

Involusi adalah keadaan uterus yang mengecil oleh kontraksi rahim.

Tanda sub involusi uterus adalah sebagai berikut:

Uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya.

(1) Fundus masih tinggi.

(2) Lochea banyak dan berbau.

(3) Perdarahan.

12) Lochea yang berbau busuk

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas.

Tanda loche yang berbau adalah sebagai berikut:

a) Keluarnya cairan dari vagina

b) Adanya bau yang menyengat dari vagina

c) Disertai demam $>38^{\circ}\text{C}$

13) Nyeri pada perut dan panggul

Tanda nyeri pada perut dan panggul adalah sebagai berikut :

a) Demam

b) Nyeri perut bagian bawah

c) Suhu meningkat

d) Nadi cepat dan kecil

e) Nyeri tekan

f) Pucat muka cekung, kulit dingin

b. Resiko Masa Nifas pada ibu usia >35 tahun

Menurut Pitriani (2016) ada beberapa resiko selama masa nifas, yaitu :

- 1) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).

- 2) Rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung.
- 3) Sakit kepala yang terus-menerus atau masalah penglihatan.
- 4) Produksi ASI tidak lancar.
- 5) Payudara memerah, panas, atau sakit.

c. Hubungan usia dengan pemberian ASI eksklusif

Faktor usia ibu sangat mempengaruhi pemberian ASI eksklusif karena usia ibu yang kurang dari 20 tahun merupakan masa pertumbuhan termasuk organ reproduksi. Semakin muda usia ibu maka pemberian ASI kepada bayi cenderung semakin kecil karena tuntutan sosial, kewajiban ibu dan tekanan sosial yang dapat mempengaruhi produksi ASI. Usia 20-35 merupakan usia ibu yang ideal untuk memproduksi ASI yang optimal dan kematangan jasmani dan rohani dalam diri ibu sudah terbentuk. Usia lebih dari 35 tahun organ reproduksi sudah lemah dan tidak optimal dalam pemberian ASI eksklusif (Hidajati, 2012).

Pada variabel usia terdapat dalam dua artikel, variabel usia (Meiyana, 2010) dibagi menjadi dua kategori yaitu <20-30 tahun dan >30 tahun. Pada kategori <20-30 tahun sebanyak 17 (32,7%) responden melakukan pemberian ASI eksklusif, sedangkan pada kategori >30 tahun sebanyak 16 (57,1%) responden melakukan pemberian ASI eksklusif. Hasil uji statistik didapat p value 0,034 ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara usia dengan pemberian ASI eksklusif (Meiyana, 2010).

Pada penelitian (Happy, 2018) variabel usia dibagi menjadi dua kategori yaitu ≤ 35 tahun kategori usia reproduktif dan > 35 tahun kategori usia non reproduktif. Pada kategori 35 tahun sebanyak 53(76,8%) responden melakukan pemberian ASI eksklusif, sedangkan pada kategori > 35 tahun sebanyak 5 (50%) responden melakukan pemberian ASI eksklusif. Hasil uji statistik didapat p value 0,120 ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara usia dengan pemberian ASI eksklusif (Happy, 2018).

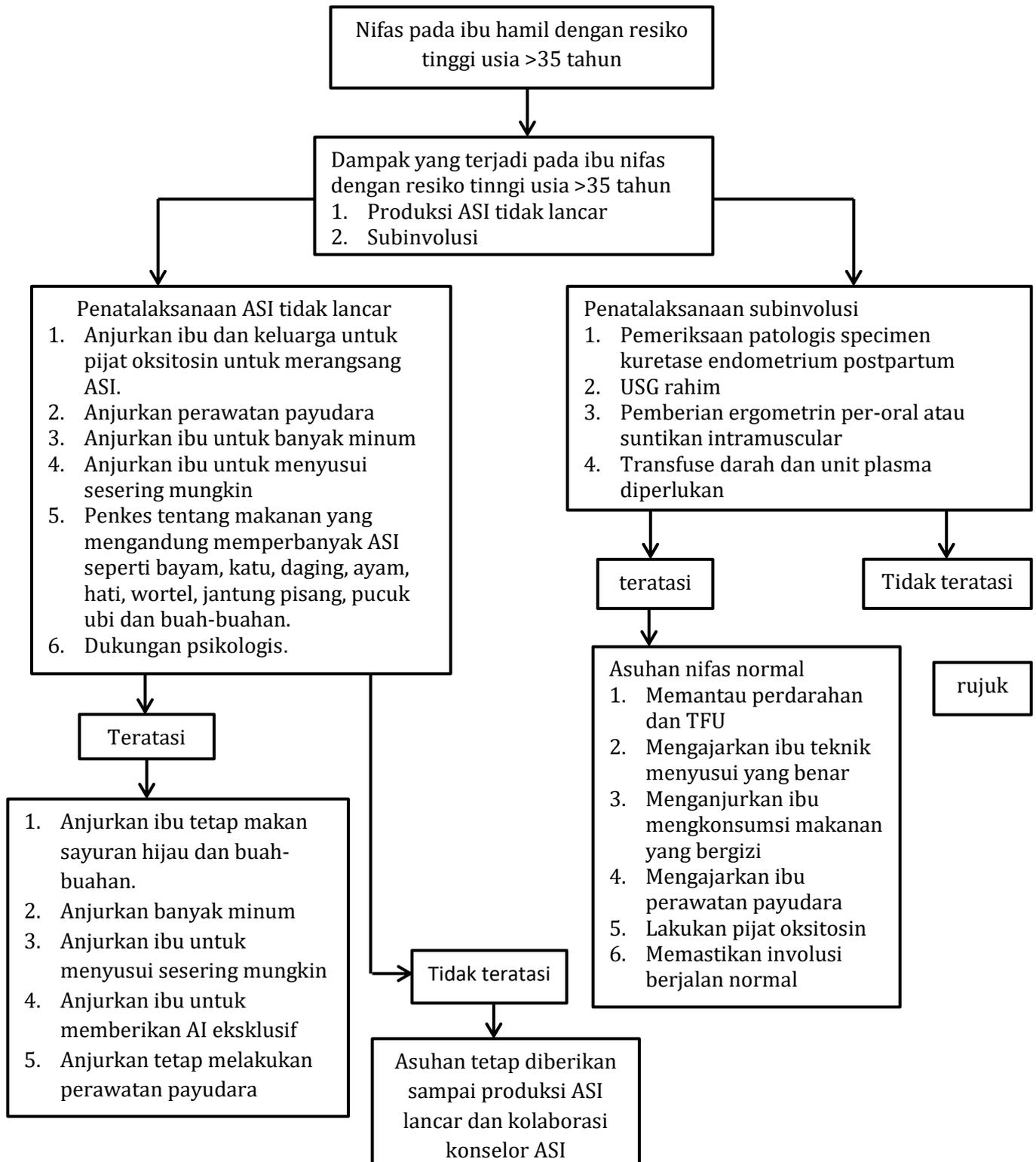
Usia yang kurang dari 20 tahun dianggap masih belum matang secara fisik mental dan psikologi dalam menghadapi kehamilan, persalinan

serta pemberian ASI, semakin muda usia ibu maka bayi cenderung semakin untuk tidak diberikan ASI Eksklusif karena tuntutan sosial, kejiwaan ibu dan tekanan sosial yang dapat mempengaruhi produksi ASI. Usia yang kurang dari 20 tahun merupakan masa pertumbuhan termasuk organ reproduksi (payudara), sedangkan usia lebih dari 35 tahun organ reproduksi sudah lemah dan tidak optimal dalam pemberian ASI Eksklusif, sehingga kemampuan seorang ibu untuk menyusui secara eksklusif juga sudah tidak optimal lagi karena penurunan fungsi dari organ reproduksi seperti payudara (Hidayati, 2012).

Pada usia memengaruhi pengetahuan, motivasi, dan aktivitas seseorang. Usia antara 20-35 tahun merupakan masa reproduksi sehat, karena secara fisik organ reproduksi telah siap, dan kondisi psikologis ibu berdampak terhadap kesiapan dalam menerima kehadiran bayi. Ibu dengan usia yang lebih tua dianggap memiliki pengalaman dalam hal menyusui yang lebih banyak dibandingkan dengan ibu usia muda, sehingga pengetahuannya pun lebih baik dibandingkan dengan usia muda (Inayati, 2007). Semakin cukup usia maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Proporsi pemberian ASI eksklusif lebih banyak diberikan oleh ibu berusia tua. Usia 20-35 tahun merupakan usia yang baik untuk masa reproduksi, dan pada umumnya pada usia tersebut memiliki kemampuan laktasi yang lebih baik dibandingkan dengan ibu yang usianya lebih dari 35 tahun sebab pengeluaran ASI-nya lebih sedikit dibandingkan dengan yang berusia reproduktif. Pada usia kurang dari 20 tahun secara psikis umumnya belum siap untuk menjadi ibu, sehingga bisa menjadi beban psikologis yang akan menyebabkan depresi dan menyebabkan ASI susah untuk keluar (Yuliandarin, 2009). ASI eksklusif dipengaruhi beberapa faktor yaitu fisik seperti mengatur rencana kelahiran dan menjaga kebugaran jasmani, mental seperti menghindari stres.

Bagan kasus resiko tinggi usia >35 tahun pada masa nifas

Bagan 2.4



Sumber: Prawirohardjo, 2018

4. Neonatus

a. Konsep teori Neonatus

1) Pengertian

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2016) Neonatus adalah bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari, pada masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim dan terjadi pematangan hamper pada semua sistem.

Neonatus adalah bayi baru lahir 28 hari pertama kehidupan (Rupdolp, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dengan presentasi belakang kepala yang pervaginam tanpa memakai alat (Tando, 2016).

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian diri dan kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstra uterin dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. (Mami dan Rahardjo, 2015).

2) Hal-hal yang harus diperhatikan dalam Asuhan Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus menurut mami dan Rahardjo (2015) dibagi dalam beberapa klasifikasi, yaitu :

3) Pertumbuhan Neonatus

Selama bulan pertamma BB meningkat rata-rata berat badan 120 sampai 240 gram perminggu, tinggi badan 0,6-2,5 cm dan 2 cm dalam lingkaran kepala.

- a) Denyut jantung menurun dari denyut jantung 120 sampai 160 kali permenit turun menjadi 120 sampai 140 kali permenit.
- b) Rata-rata waktu pernafasan adalah 30 sampai 50 kali permenit.
- c) Temperature aksila berada dalam rentang antar 36°C sampai 37,5°C dan secara umum menjadi stabil dalam 24 jam setelah lahir.
- d) Reflek normal termasuk berkedip dalam merespon terhadap cahaya terang dalam gerakan terkejut berespon terhadap suara rebut dan tiba-tiba.

4) Perkembangan Neonatus

- a) Perilaku yang normal meliputi periode menghisap, menangis, tidur, dan beraktifitas. Neonatus normalnya melihat wajah ibunya secara reflektif tersenyum dan berespon terhadap stimulasi sensorik, kekhusunya wajah ibu, suara dan sentuhan.
- b) Perkembangan yang kognitif yang awal mulai dengan perilaku bawaan, reflek dan fungsi sensorik. Misalnya neonatus belajar menoleh kearah putting susu pada saat baru lahir. Kemampuan sensori ini memberikan neonatus untuk mengeluarkan stimulus lebih dari pada hanya menerima stimulus.

5) Imunisasi

Anak perlu diberikan imunisasi dasar lengkap agar terlindungi dari penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

a) Imunisasi BCG

Ketahanan terhadap penyakit TB (tuber) vaksin bcg diberikan pada bayi sejak lahir, untuk mencegah penyakit tbc. Jika bayi sudah berumur lebih dari 3 bulan, harus dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu. BCG dapat diberikan apabila hasil uji tuberculin negative.

b) Hepatitis B

Hepatitis B diberikan 3x. yang pertama waktu 12 jam setelah lahir. Imunisasi ini dianjurkan saat bayi berumur 1 bulan, kemudian diberikan lagi saat 3-6 bulan.

c) Polio

Imunisasi yang satu ini belakangan sering digadang gadangkan pemerintah karena telah memakan korban cukup banyak. Target pemerintah membebaskan anak Indonesia dari penyakit polio. Polio-0 diberikan saat kunjungan pertama setelah lahir. Selanjutnya vaksin ini diberikan 3x, saat bayi berumur 2,4 dan 6 bulan. Pemberian vaksin ini di ulang pada usia 18 bulan dan 5 tahun.

Table 2.4
Imunisasi lanjutan

Imunisasi lanjutan	umur
Polio 2	3 bulan
Dpt-Hb-Hib 1	3 bulan
Campak	3 bulan

Sumber : Mami,Rahardjo,2015).

6) Standar Pelayanan pada Neonatus

Standar pelayanan yang dapat bidan lakukan pada neonatus melalui kunjungan neonatus dimana bidan memberikan pelayanan kunjungan selama a3 kali kunjungan.

Tiga kali kunjungan neonatus menurut (Buku Saku Asuhan Pelayanan Maternal dan Neonatal, 2013) yaitu:

- a) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatus 1)
 - (1) Menjaga kehangatan bayi
 - (2) Memastikan bayi menyusui sesering mungkin
 - (3) Memastikan bayi telah buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK)
 - (4) Memastikan bayi cukup tidur
 - (5) Menjaga kebersihan kulit bayi
 - (6) Perawatan tali pusat untuk mencegah infeksi
 - (7) Mengamati tanda-tanda infeksi
- b) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatus 2)
 - (1) Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya
 - (2) Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusui kuat
 - (3) Menanyakan pada ibu apakah BAB dan BAK bayi normal
 - (4) Menanyakan pada ibu apakah bayi tidur lelap atau rewel
- c) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatus 3)
 - (1) Mengingatkan pada ibu untuk menjaga kehangatan bayinya
 - (2) Menanyakan pada ibu apakah bayinya menyusui kuat
 - (3) Menganjurkan ibu untuk menyusui ASI tanpa makanan tambahan selama 6 bulan

- (4) Bayi sudah mendapatkan imunisasi BGC, polio dan hepatitis B
- (5) Mengingatkan ibu untuk menjaga pusat tetap bersih dan kering
- (6) Mengingatkan ibu untuk mengenal tanda-tanda infeksi

7) Tanda Bahaya pada Neonatus

Tanda dan gejala sakit berat pada bayi baru lahir dan bayi muda sering tidak spesifik, tanda bahaya pada neonatus sebagai berikut:

- a) Bayi tidak mau menyusu
- b) Merintih
- c) Pusat kemerahan
- d) Demam atau tubuh merasa dingin
- e) Mata bernanah banyak
- f) Kulit terlihat kuning

b. Resiko persalinan terhadap ibu hamil usia >35 tahun terhadap bayi baru lahir (BBL)

- 1) Resiko terhadap bayi yang lahir pada ibu yang berusia diatas 35 tahun meningkat, yaitu bisa berupa kelainan kromosom pada anak. Kelainan yang paling banyak muncul berupa kelainan down syndrome, yaitu sebuah kelainan kombinasi dari Retardasi mental dan abnormalitas bentuk fisik yang disebabkan oleh kelainan kromosom dan kelainan kongenital (Friedman, 2012).
- 2) Pada usia diatas 35 tahun telah terjadi penurunan fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum. Hal tersebut yang mengakibatkan proses perkembangan janin menjadi tidak optimal dan menghasilkan anak yang lahir dengan (BBLR) berat badan lahir rendah atau kurang (Saifuddin, 2013).

Penatalaksanaan :

- a) Jaga kehangatan bayi
- b) Lakukan IMD
- c) Metode kangguru
- d) Penggunaan incubator

3) BBLR

Berat lahir adalah berat badan neonatus pada saat kelahiran yang ditimbang dalam waktu satu jam sesudah lahir. Berat badan merupakan ukuran antropometri yang penting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (neonatus). Berat badan digunakan untuk mendiagnosa bayi normal atau BBLR (WHO,2010). BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badan lahirnya pada saat kelahiran kurang dari 2500 gram (Hasan et al, 1997). Menurut Norwitz et al (2006), BBLR adalah bayi dengan berat badan lahir absolut <2500 gram tanpa memandang usia gestasi. Dengan pengertian seperti yang telah diterangkan diatas

BBLR dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu :

- a) Prematuritas murni masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi itu atau bisa disebut neonatus kurang bulan-sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SKM), bayi premature memiliki karakteristik klinis dengan berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, dan lingkar kepala kurang dari 33 cm (Abdoerrachman et al, 2007).
- b) Dismaturiytas bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Berat bayi mengalahi retardedasi pertumbuhan intrauterine dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilan (kmk). Penyebab dismaturitas adalah setiap keadaan yang mengganggu pertukaran zat antara ibu dan janin (Hasan et al, 1997).

Ciri-ciri BBLR

- (1) Menurut manuba (2016) mengemukakan bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai ciri-ciri yaitu berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, dan lingkar kepala kurang dari 33 cm, ukuran kepala relative lebih besar dari tubuh, kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang, otot hypotonic lemah, pernafasan tidak teratur, dapat terjadi apnue, ekstermitas abduksi, sendi lutut/kaki reflek lurus, frekuensi nadi

100-140 kali permenit.

(2) Penyakit BBLR

Penyakit-penyakit yang berhubungan dengan BBLR menurut Manuba (2010) penyakit penyakit yang ada hubungannya dengan BBLR yaitu :

- (a) Sindrom gangguan pernapasan idiopatik disebut juga penyakit membrane hialin karena stadium terakhir akan terbentuk membrane hialin yang melewati alveolus paru.
- (b) Pneumonia aspirasi sering ditemukan pada bayi premature karena reflek menelan dan bentuk belum sempurna.
- (c) Perdarahan intravertrikular, merupakan perdarahan spontan di vertikel otak lateral biasanya disebabkan oleh karena anoksia otak.
- (d) Hiperbilirubinemia, bayi premature lebih sering mengalami hiperbilirubinemia dibandingkan dengan bayi cukup bulan, karena faktor kematangan hapat sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk belum sempurna.
- (e) Hipoglikimia keadaan ini dapat terjadi pada kira-kira 15 persen pada bayi dengan berat lahir rendah. Karena itu, pemeriksaan secara teratur terhadap glukosa bayi harus dilakukan sehingga dapat diberikan makanan. Jika terdeteksi, dapat diberikan glukosa melalui infuse intravena (6-9 mg/kg/menit).
- (f) Hipotermia dapat terjadi karena terbatasnya kemampuan untuk mempertahankan suhu panas karena pertumbuhan otot-otot yang belum memadai, ketidak mampuan untuk menggigil, sedikitnya lemak subkutan, produksi panas berkurang akibat lemak akibat lemak coklat yang tidak memadai, belum matangnya system syaraf pengatur suhu tubuh, rasio luas permukaan tubuh relative lebih besar dibandingkan berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

(3) Penatalaksanaan BBLR

Penatalaksanaan perawatan bayi yang dilakukan ibu meliputi mempertahankan suhu dan kehangatan pada BBLR, memberikan ASI kepada BBLR dan mencegah terjadinya infeksi pada BBLR (Magdalena, 2012).

(4) Tindakan komplementer pada neonatus

(a) Perawatan Metode Kangguru

Pengertian perawatan metode kangguru

Perawatan metode kangguru (Kangaroo Mother Care) atau disebut juga kontak kulit dengan kulit (Skin to Skin Contact) merupakan metode asuhan khusus bagi bayi berat lahir rendah atau bayi prematur (<2500 gram) atau kurang bulan (<37 mg) dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi.

Tujuan perawatan metode kangguru:

1. Mencegah hipotermi
2. Mencegah infeksi
3. Mendukung ibu memberikan ASI eksklusif
4. Manfaat perawatan metode kangguru :
5. Menghangatkan bayi, menstabilkan tanda vital bayi, meningkatkan durasi tidur, mengurangi tangisan dan kalori yang terbuang dari bayi, meningkatkan berat badan bayi dan perkembangan otak, meningkatkan hubungan emosional bayi dan ibu, mempermudah pemberian ASI.

Langkah-langkah perawatan metode kangguru :

1. Bayi telanjang (hanya menggunakan popok dan topi).
2. Bayi diletakkan di dada ibu, diantara kedua payudara ibu sehingga terjadi kontak dengan kulit pinggul bayi dengan kain penggendong.
3. Posisi kepala bayi sedikit ekstensi, sehingga jalan nafas bayi tetap terbuka dan memungkinkan terjadinya kontak mata antara ibu dan bayi

(b) Terapi sinar matahari

1. Pengertian terapi sinar matahari

Terapi sinar matahari atau biasa disebut fototerapi adalah salah satu metode untuk menurunkan kadar zat kuning (bilirubin) dalam darah.

2. Manfaat terapi sinar matahari:

Sinar matahari pagi mengandung sinar biru dan hijau. Salah satu manfaat sinar matahari biru untuk bayi adalah mengendalikan kadar bilirubin serum agar tidak mencapai nilai dapat menimbulkan kemih terus, namun sinar biru tidak bagus untuk kesehatan mata, sedangkan manfaat warna hijau yang terkandung dalam sinar matahari pagi diantara dua dan membantu membuang susunan saraf otak, mengatasi susah buang air (Puspitosari, 2013).

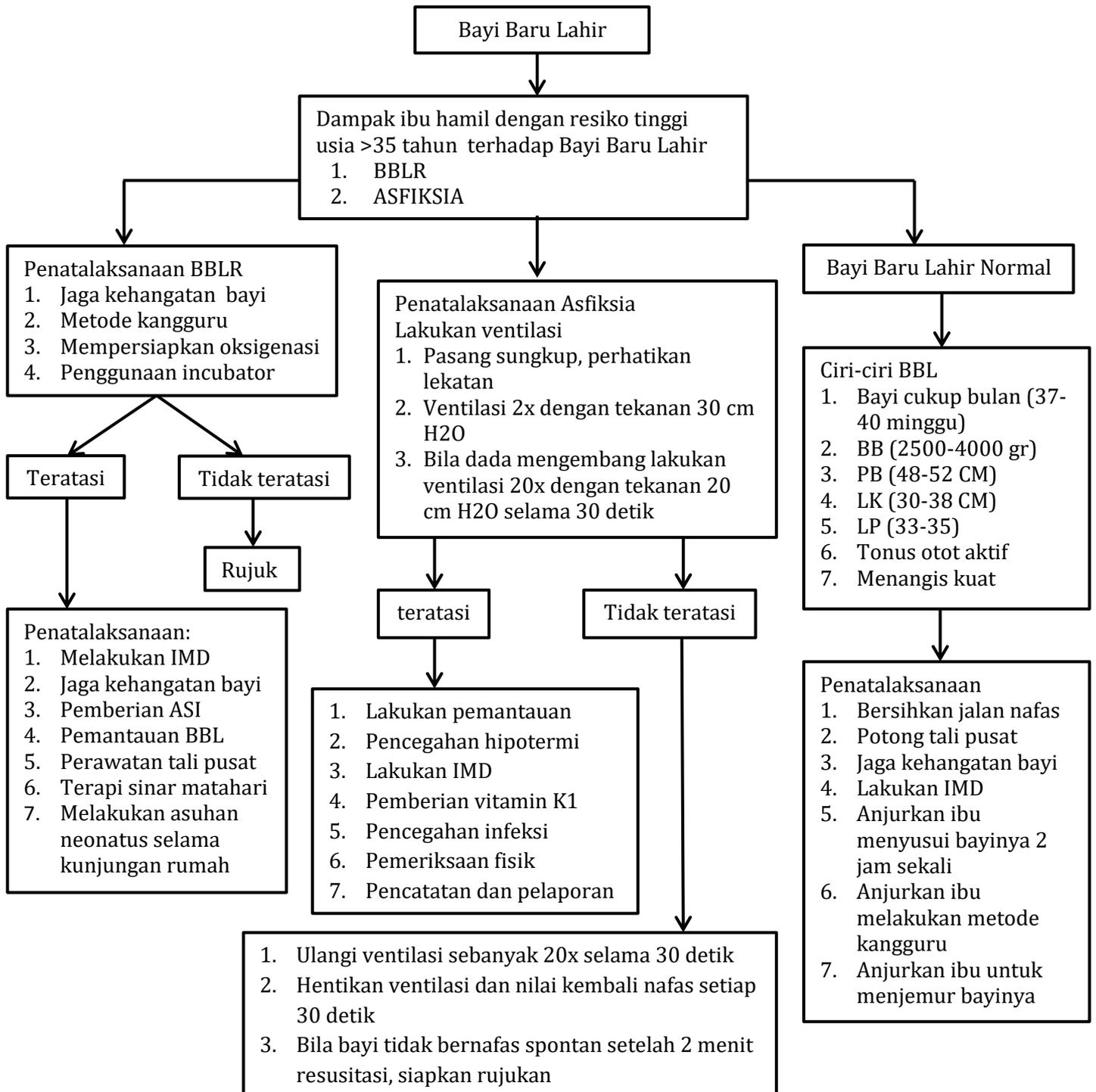
3. Tujuan terapi sinar Matahari

Tujuan terapi sinar matahari adalah salah satu metode perawatan yang umum dilakukan untuk menangani kondisi bayi kuning.

4. Langkah-langkah

- a. Setelah selesai memandikan bayi pada pagi hari, bawa keluar untuk pemberian terapi matahari
- b. Cari tempat disekitar rumah yang mendapatkan sinar matahari.
- c. Jemur bayi dibawah sinar matahari, pakaian bayi dibuka dan matanya di tutup agar tidak silau.
- d. Dilakukan selama 10-15 menit pada pagi hari sekitar jam 7 sampai 9 jam.

Bagan Dampak Resiko Tinggi Usia >35 Tahun Pada Bayi Baru Lahir
Bagan 3.5



Sumber : Riko, 2019

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Sulistyawati (2017), menyebutkan bahwa Keluarga Berencana (KB) adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga.

KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami isteri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan umur suami isteri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

b. Strategi Program KB

Untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan KB yang bermutu dilakukan berbagai strategi, yaitu :

- 1) Hak-hak klien untuk dipertimbangkan dalam perencanaan, manajemen dan penilaian dalam pelayanan KB.
- 2) Meningkatkan ketersediaan berbagai metode kontrasepsi sehingga klien dapat memilih metode kontrasepsi yang paling cocok untuk mereka.
- 3) Melaksanakan konseling dan pelayanan KB.
- 4) Berdasarkan kriteria dan persyaratan medis yang terkini (BKKBN, 2018).

c. Manfaat Program KB

- 1) Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan norma keluarga kecil bahagia sejahtera (NKKBS).
- 2) Mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.
- 3) Meningkatkan kesehatan keluarga berencana dengan mengatur jarak kehamilan.
- 4) Meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perwakilan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga.

- 5) Memberikan keuntungan ekonomi pada suami-istri, keluarga dan masyarakat (Purwoastuti, 2015).

d. Jenis-Jenis Alat Kontrasespsi

1) Metode Alat Kontrasespsi Sederhana

a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

(1) Pengertian

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengendalikan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. (Purwoastuti dan Elisabeth, 2015)

(2) Keuntungan dan kerugian alat kontrasepsi MAL

- (a) Efektivitas tinggi (98% apabila digunakan selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif)
- (b) Dapat segera dimulai setelah melahirkan
- (c) Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat
- (d) Tidak memerlukan perawatan medis
- (e) Tidak mengganggu senggama
- (f) Mudah digunakan
- (g) Tidak perlu biaya
- (h) Tidak memerlukan efek samping sistemik
- (i) Tidak bertentangan dengan budaya maupun agama

(3) Kerugian MAL

- (a) Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan
- (b) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif
- (c) Tidak melindungi diri dari penyakit menular seksual termasuk hepatitis B ataupun HIV/AIDS
- (d) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui
- (e) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara

eksklusif.

(4) Indikasi penggunaan KB MAL

- (a) Ibu yang menyusui eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan
- (b) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan
- (c) Tidak dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkan ibu untuk melanjutkan ASI, saat terjadi keadaan-keadaan seperti:
 - 1) Bayi mulai diberikan makanan pendamping secara teratur (menggantikan satu kali menyusui)
 - 2) Menstruasi sudah mulai kembali
 - 3) Bayi sudah tidak terlalu sering menyusui
 - 4) Bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih

(5) Kontraindikasi penggunaan KB MAL

- (a) Sudah mendapat menstruasi setelah persalinan
- (b) Tidak menyusui secara eksklusif
- (c) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam (Hidayati, 2009)

b) Senggama Terputus

(1) Pengertian

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.

(2) Kelebihan senggama terputus

- (a) Tidak mengganggu produksi ASI
- (b) Bisa digunakan setiap hari
- (c) Tidak ada efek samping
- (d) Tidak memerlukan biaya

(3) Indikasi

- (a) Pasangan yang tidak mau menggunakan KB lainnya
- (b) Pasangan yang tidak memerlukan metode sementara

- (c) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur
- (d) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi segera

(4) Kontraindikasi

- (a) Pria dengan pengalaman ejakulasi dini
- (b) Pria yang sulit melakukan senggama terputus
- (c) Pria yang memiliki pasangan sulit bekerja sama

c) Kontrasepsi Kondom

(1) Pengertian

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Cara kerja kondom untuk menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak terkucur ke dalam saluran reproduksi perempuan, selain itu kondom juga dapat mencegah penularan mikroorganisme (HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan lain.

Secara ilmiah didapatkan sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan/tahun (Saifuddin, 2010).

(2) Keuntungan menggunakan kondom adalah:

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu kesehatan pengguna
- (c) Murah dan dapat dibeli secara umum

(3) Kerugian menggunakan kondom adalah:

- (a) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- (b) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- (c) Cara penggunaan sangat mempengaruhi kontrasepsi

(4) Indikasi

Semua pengguna usia subur yang ingin berhubungan dan belum menginginkan kehamilan. Selain itu, untuk perlindungan maksimum terhadap infeksi menular seksual (IMS).

(5) Kontraindikasi

- (a) Apabila secara psikologis pasangan tidak dapat menerima metode ini
- (b) Malformasi penis
- (c) Apabila salah satu dari pasangan alergi terhadap karet lateks.

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

a) Kontrasepsi Pil

(1) Pengertian

Pil oral akan menggantikan produksi hormone estrogen dan progesterone oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormolin ovarium selama siklus haid normal, sehingga juga menekan releasing factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Tetapi juga menimbulkan gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2018).

(2) Efektivitas

Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5-99,9% dan 97% (Handayani, 2010).

(3) Jenis KB

Menurut Sulistyawati (2010) yaitu:

- (a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.
- (b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormone aktif, dosis hormone bervariasi.
- (c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen atau progestin, dengan 3 dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormone aktif, dosis hormone bervariasi setiap hari.

- (4) Cara kerja KB pil menurut Saifuddin (2010) yaitu:
- (a) Menekan ovulasi
 - (b) Mencegah implantasi
 - (c) Mengentalkan lender serviks
 - (d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.
- (5) Keuntungan KB pil menurut Handayani (2010) yaitu:
- (a) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemi)
 - (c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
 - (d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
 - (e) Mudah dihentikan setiap saat
 - (f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - (g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, disminorhea
- (6) Keterbatasan KB
- Menurut Sinclair (2010) perdarahan haid yang berat, perdarahan diantara siklus haid, depresi, amenorrhea, kenaikan berat badan, mual dan muntah. Perubahan libido, hipertensi, jerawat, nyeri, tekan payudara, pusing, sakit kepala, kesemutan, cloasma, perubahan lemak, disminorhea, infeksi pernafasan.
- (7) Indikasi
- Indikasi penggunaan kontrasepsi pil adalah usia reproduksi, telah memiliki anak, ibu yang menyusui tapi tidak memberikan asi eksklusif, ibu yang siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010)
- (8) Kontraindikasi
- Kontraindikasi penggunaan kontrasepsi pil adalah ibu yang sedang hamil, perdarahan yang tidak terdeteksi, diabetes berat dengan komplikasi, depresi berat dan obesitas (Everelt, 2008).

b) Kontrasepsi suntik

(1) Efektivitas kontrasepsi suntik

Menurut Susilawaty(2013), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan/tahun, jika menyuntikannya dilakukan secara teraatur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

Jenis kontrasepsi suntik

Menurut sulistyawati (2013) terdapat 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- (a) Depo Meprodi Progesterone (MDPA). Mengandung 1500 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular.
- (b) Depo Noretisteron Enatat (Depo Noristerat) mengandung 200 mg Noretindron Enatat, diberikan setiap dua bulan dengan cara disuntik intramuscular (didaerah pantat atau bokong)

(2) Cara kerja kontrasepsi suntik

- (a) Mencegah ovulasi
- (b) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (c) Menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopi

(3) Keuntungan kontrasepsi suntik

Keuntungan penggunaan KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan

mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

(4) Keterbatasan

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi suntik menurut Sulistyawati (2013), yaitu: gangguan haid, leukorhea atau keputihan, galaktorea, jerawat, rambut rontok, perubahan berat badan, perubahan libido.

(5) Indikasi

Indikasi kontrasepsi suntik adalah usia reproduksi, telah memiliki anak, ibu yang menyusui, ibu post partum, perokok, nyeri haid yang hebat dan ibu yang sering lupa menggunakan kontrasepsi pil (Saifuddin, 2010).

(6) Kontraindikasi

Kontraindikasi kontrasepsi suntik adalah ibu yang dicurigai hamil, perdarahan yang belum jelas penyebabnya, menderita kanker payudara dan ibu yang menderita diabetes militus disertai komplikasi (Saifuddin, 2010).

c) Kontrasepsi Implant

(1) Pengertian

Implant/susuk KB adalah kontrasepsi dengan cara memasukan tabung kecil dibawah kulit pada bagian tangan yang dilakukan oleh dokter. Tabung kecil berisi hormone tersebut akan terlepas sedikit-sedikit sehingga mencegah kehamilan. Keuntungan memakai kontrasepsi ini anda tidak harus meminum pil atau suntik KB berkala. Proses pemasangan susuk KB ini cukup 1 kali untuk masa pakai 2-5 tahun. Dan bilamana anda berencana hamil, cukup melepas implant ini kembali, efek samping yang ditimbulkan antara lain menstruasi tidak teratur (Saifuddin,2010).

(2) Efek samping berupa : perdarahan tidak teratur, perdarahan, bercak, amenore

(3) Cara kerja kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- (a) Lendir serviks menjadi kental
- (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (c) Mengurangi transportasi sperma
- (d) Menekan ovulasi

(4) Keuntungan kontrasepsi implant menurut (Saifuddin,2010) yaitu:

- (a) Daya guna tinggi
- (b) Perlindungan jangka panjang
- (c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- (d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (e) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- (f) Tidak mengganggu ASI
- (g) Klien hanya kembali jika ada keluhan
- (h) Mengurangi nyeri haid
- (i) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul

(5) Keterbatasan kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010) pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (Spotting), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorrhea

(6) Indikasi

Indikasi kontrasepsi implant adalah wanita usia subur, wanita yang ingin kontrasepsi jangka panjang, ibu yang menyusui, pasca yang keguguran (Everret, 2007, hal. 182).

(7) Kontraindikasi

(8) Kontraindikasi kontrasepsi implant adalah ibu yang hamil, perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya, adanya penyakit hati yang berat, obesitas dan depresi (Everret, 2007, hal. 182).

d) Metode kontrasepsi dengan AKDR

(1) Pengertian IUD

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan dimasukan kedalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2014).

(2) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010) cara kerja IUD adalah:

- (a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi
- (b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- (c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- (d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

(3) Efektivitas

Keefektivitasan IUD adalah: sangat efektif yaitu 0,51 kehamilan per 1100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan (Sujiyantini dan ARUM, 2012)

(4) Keuntungan

Menurut Saifuddin (2010) keuntungan IUD, yaitu:

- (a) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif 06-8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125/170 kehamilan).
- (b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- (c) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT 380A dan tidak perlu diganti).
- (d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- (e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil

- (g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CUT-380)
 - (h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - (i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- (5) Kerugian menurut Saifuddin (2010)
- Efek samping yang mungkin terjadi:
- (a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berlangsung setelah 3 bulan)
 - (b) Haid lebih lama dan banyak
 - (c) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
 - (d) Saat haid lebih sakit
 - (e) Merasa sakit dan kejang selama 5 hari setelah pemasangan
 - (f) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - (g) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)
- (6) Efek samping
- Menurut Sujiantini (2012), efek samping IUD:
- (a) Perdarahan (menoragia atau spotting menorogia)
 - (b) Rasa nyeri dan kejang perut
 - (c) Terganggunya siklus menstruasi (umunya terjadi pada 3 bulan pertama pemakaian)
 - (d) Disminore
 - (e) Gangguan pada suami (sensasi keberadaan benang IUD dirasakan sakit atau mengganggu bagi pasangan saat bersenggama)
 - (f) Infeksi pelvis dan endometrium melakukan aktifitas seksual
- (7) Indikasi
- Menurut Glasier (2005) hal 125 yang merupakan indikasi pemakaian kontrasepsi IUD adalah: wanita yang kontrasepsi jangka panjang. Multigravida, wanita yang mengalami kesulitan menggunakan kontrasepsi lain, tidak ada nyeri goyang porsio,

tidak ada keputihan yang abnormal.

(8) Kontraindikasi

Menurut Saifuddin (2003) MK-73 dan Bruns, 2000 hal. 311 yang merupakan kontraindikasi pemakaian kontrasepsi IUD adalah: wanita yang sedang hamil. Wanita yang sedang menderita infeksi alat genitalia. Perdarahan vagina yang tidak diketahui. Wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi IUD. Wanita yang menderita PMS. Wanita yang pernah menderita infeksi rahim. Wanita yang pernah mengalami perdarahan yang hebat.

e) Metode kontrasepsi mantap

(1) Pengertian

Suatu tindakan untuk membatasi kelahiran dalam jangka waktu yang tidak terbatas, yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami istri atas permintaan yang bersangkutan, secara sukarela. Kontrasepsi mantap (kontap) adalah suatu tindakan untuk membatasi keturunan dalam jangka waktu yang tidak terbatas yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami istri atas permintaan yang bersangkutan, secara mantap dan sukarela (Zietraelmart, 2016).

(2) Metode kontrasepsi mantap dibagi menjadi 2, yaitu:

(a) Tubektomi (Metode Operasi Wanita/MOW)

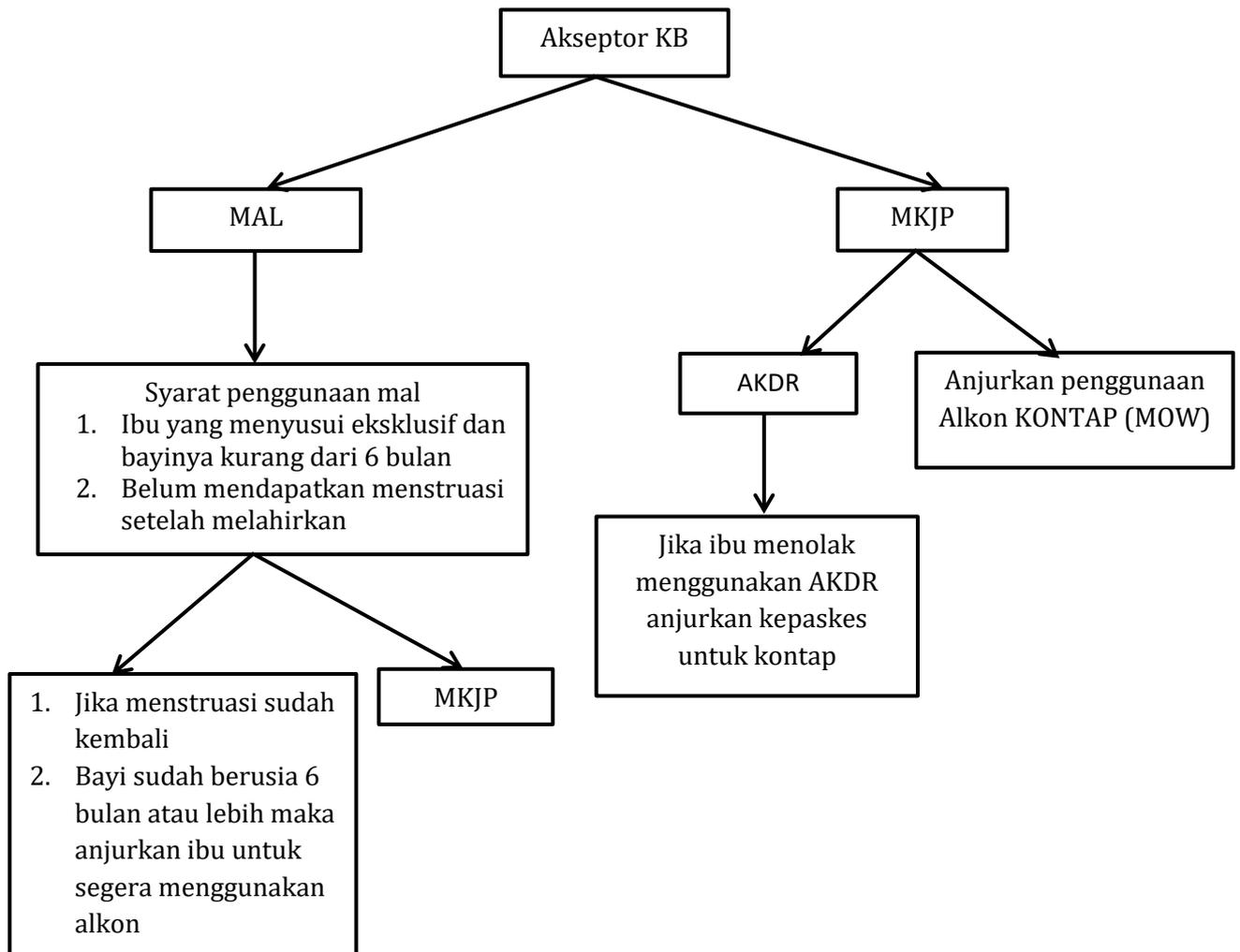
Adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengklusi tuba falopi mengingat dan memotong atau memasang cincin sehingga sperma tidak bertemu dengan ovum.

(b) Vasektomi (Metode Operasi Pria/MOP)

Adalah prosedur klinis untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengklusi vas deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

Bagan Pelayanan Keluarga Berencana Resiko Tinggi Usia > 35 tahun

Bagan 2.6



Sumber: Purwoastuti dan Elisabeth, 2015

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu hamil TM III dengan Resiko Tinggi Usia >35 Tahun. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan kebidanan yang meliputi Subjektif, Objektif, Analisa dan Penatalaksanaan.

B. Subjek Penelitian

Subjek yang digunakan dalam kasus ini adalah ibu hamil TM III dengan resiko tinggi dalam kehamilan usia >35 tahun, bersalin, nifas, neonatus, sampai menjadi Akseptor KB di PMB "E" Betungan Kota Bengkulu.

C. Definisi Operasional

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah Asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pada keluarga berencana mulai dari pengkajian data (Data Subjektif dan Data Objektif), menegakkan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi.
2. Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang memungkinkan dapat menyebabkan terjadinya bahaya atau komplikasi baik terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan maupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas normal akibat adanya gangguan/komplikasi kehamilan (Manuaba, 2016).

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi studi kasus ini dilakukan di PMB "E" Betungan Kota Bengkulu. Waktu studi kasus adalah batasan waktu dimana kegiatan pengambilan kasus diambil. Studi kasus ini dilakukan pada Maret sampai dengan Juni 2024.

E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a) Primer

Data yang diperoleh atau dikumpulkan langsung dilapangan oleh orang yang melakukan penelitian atau yang bersangkutan yang memerlukannya

b) Sekunder

Adakah data yang diperoleh selain dari pemeriksaan atau terapi diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari status dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi.

1) Studi Kepustakaan

Yaitu bahan pustaka yang sangat penting dalam penunjang latar belakang teoritis suatu penelitian. Pada studi kasus ini kepustakaan diperoleh dari buku-buku yang membahas tentang persiapan dan pendampingan laktasi dari tahun 2015-2020.

2) Studi dokumentasi

Yaitu berbentuk sumber informasi yang berhubungan dengan dokumentasi baik dokumentasi resmi maupun dokumentasi tidak resmi. Pada kasus ini pendokumentasiannya diperoleh dari buku catatan KIA PMB "E" Betungan Kota Bengkulu.

2. Teknik Pengumpulan Data

a) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan atau mengumpulkan data dimana peneliti mendapat keterangan pendirian secara lisa dari seorang responden dan bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut.

b) Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dipergunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien sistematis dengan cara:

(1) Inspeksi

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilakukan sistematis dengan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman, sebagai satu alat untuk mengumpulkan data.

(2) Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indera peraba tangan dan jari-jari adalah suatu instrument yang sensitive, dan digunakan untuk menyimpulkan data tentang temperature, turgor, bentuk kelembaban, vibrasi dan ukuran.

(3) Perkusi

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mrngrtuk permukaan badan dengan peralatan jari tangan. Bertujuan untuk mengetahui keadaan organ-organ dalam tubuh. Tergantung dari sisi jaringan yang ada dibawahnya.

(4) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa tekanan darah, nadi ibu normal atau tidak.

3. Instrument Pengumpulan Data

Instrument studi kasus adalah fasilitas yang digunakan penulis dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih muda dan hasilnya lebih baik, dalam arti cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Dalam kasus ini instrument yang digunakan untuk mendapatkan data adalah format asuhan kebidanan pada ibu hamil dan lembar observasi.

F. Analisis Data

Analisa data dilakukan sejak pengumpulan dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua pengumpulan data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Tehnik analisis yang digunakan secara deskriptif berdasarkan hasil interpretasi yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

G. Etika Penelitian

1. Lembar persetujuan (informed consent)

Lembar persetujuan untuk pasien diberikan sebelum studi kasus yang dilakukan agar pasien mengetahui maksud dan tujuan studi kasus yang dilakukan. Selain persetujuan pasien

2. Tanpa nama (Anonymity)

Dalam penulisan nama pasien diharapkan tidak menyebut nama pasien, namun dapat dibuat dalam bentuk inisial.

3. Kerahasiaan (Confidential)

Kerahasiaan informasi dari pasien yang telah dikumpulkan menjadi tanggung jawab penulis.