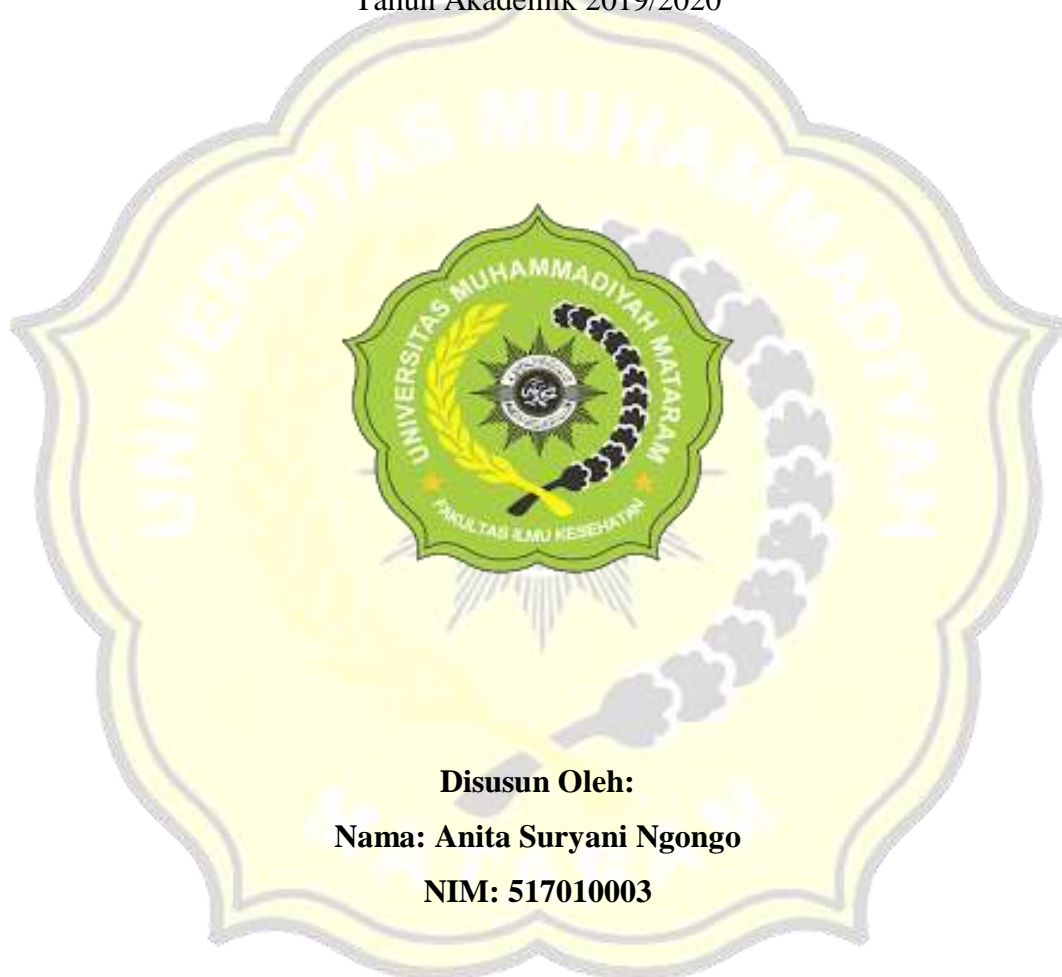


**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY'S" DENGAN PERSALINAN
FAKTOR USIA RESIKO TINGGI >35 TAHUN DI PUSKESMAS
GUNUNGSARI**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan
Diploma III (D III) Kesehatan Prodi D III Kebidanan
Tahun Akademik 2019/2020



Disusun Oleh:

Nama: Anita Suryani Ngongo

NIM: 517010003

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM**

2020

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY'S" DENGAN PERSALINAN FAKTOR
USIA RESIKO TINGGI >35 TAHUN DI PUSKESMAS GUNUNGSARI**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Disusun Oleh:

Nama: Anita Suryani Ngongo

NIM: 517010003

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM**

2020

HALAMAN PERSETUJUAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA NY'S* DENGAN PERSALINAN FAKTOR
USIA RESIKO TINGGI >35 TAHUN DI PUSKESMAS GUNUNGSARI

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Oleh :

Nama : Anita Suryani Ngongo

NIM : 517010003

Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian Karya Tulis
Ilmiah Program Studi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Mataram

Hari/Tanggal : *21/8/2020*.....


Mataram,


2020

Menyetujui:

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


(Nurul Qamariah Rista Andaruni, M.Keb)
NIDN: 0805129003


(Rizkia Amilia, M.Keb)
NIDN:0823118802

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY'S* DENGAN PERSALINAN.FAKTOR
USIA RESIKO TINGGI >35 TAHUN DI PUSKESMAS GUNUNGSARI



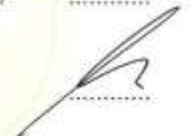
LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Oleh :

Nama: Anita Suryani Ngongo

NIM: 517010003

Telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Sebagian Syarat
Untuk Mendapatkan Gelar Ahli Madya Kebidanan di Prodi D III Kebidanan Fakultas
Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram

Dewan Penguji	: Nama	Tanggal	Tanda Tangan
Ketua Tim Penguji	:		
Nurul Qamariah Rista Andaruni, M.Keb		18/9/2020	
Penguji I	:		
Indriyani Makmun, M.Keb		18/9/2020	
Penguji II	:		
Rizkia Amilia, M.Keb		18/9/2020	

Mengesahkan
Universitas Muhammadiyah Mataram
Fakultas Ilmu Kesehatan
Dekan,

(Apt Nurul Qam, M.Farm.,Klin)
NIDK 50827108402

**LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Dengan ini peneliti menyatakan bahwa dalam laporan penelitian tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atau untuk memperoleh gelar ahli madya atau kesarjanaan pada perguruan tinggi lain, dan sepanjang pengetahuan peneliti juga tidak terdapat karya orang lain atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka

Mataram, juni 2020
Tanda tangan/Materai



Anita Suryani Ngongo



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM
UPT. PERPUSTAKAAN

Jl. K.H.A. Dahlan No. 1 Mataram Nusa Tenggara Barat
 Kotak Pos 108 Telp. 0370 - 633723 Fax. 0370-641906
 Website: <http://www.lib.ummat.ac.id> E-mail: upt.perpustakaan@gmail.com

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
 PUBLIKASI KARYA ILMIAH**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Mataram, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ANITA SURYANI NGONGO
 NIM : 517010003
 Tempat/Tgl Lahir : ALADANA 03 Desember 1996
 Program Studi : DS KEBIDANAN
 Fakultas : ILMU KESEHATAN
 No. Hp/Email : 085 338 546512
 Jenis Penelitian : Skripsi KTI

Menyatakan bahwa demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Mataram hak menyimpan, mengalih-media/format, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Repository atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta atas karya ilmiah saya berjudul:

A SUKUN... KEBIDANAN PADA N.Y.S. DENGAN PERSALINAN FAKTOR UJIA
 RESIKO TINGGI > 35 TAHUN DI PUSKESMAS GUNUNG SARI

Segala tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Dibuat di : Mataram
 Pada tanggal : 21-09-2020

Penulis


 ANITA SURYANI NGONGO
 NIM 517010003

Mengetahui,
 Kepala UPT. Perpustakaan UMMAT


 Alimdar, S.Sos, M.A.
 NIDN. 0802048904

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah sehingga penyusun dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini tepat pada waktunya, serangkaian pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil usia 32 minggu, persalinan, nifas serta neonatus yang penyusun laksanakan di wilayah kerja di UPT BLUD Puskesmas Gunungsari yang tertuang dalam laporan tugas akhir berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ny’S” dengan Persalinan factor Usia Resiko Tinggi >35 Tahun Di Puskesmas Gunungsari”.

. Dalam penyusunan laporan ini penyusun banyak mendapatkan bantuan, bimbingan serta pengarahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penyusun ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Nurul Qiyaam, M.Farm.,Klin.,Apt. selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan (FIK) Universitas Muhammadiyah Mataram.
2. Aulia Amini S.ST.,M.Keb selaku Kaprodi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan (FIK) Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. Ns, Akmal Rosamali, S.Kep selaku kepala UPT BLUD puskesmas Gunungsari
4. Nurul Qamariah Rista Andaruni M,Keb Pembimbing Utama yang telah memberikan arahan dan masukan hingga terselesaikannya Laporan Tugas Akhir LTA ini.
5. Rizkia Amilia.M,Keb Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dengan penuh perhatian hingga terselesaikannya Laporan Tugas Akhir LTA ini.
6. Indriyani Makmun M,Keb selaku penguji yang telah membimbing menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
7. Hj. Nuraini Amd.Keb selaku pembimbing Laporan Tugas Akhir dan pembimbing lahan di UPT BLUD Puskesmas Gunungsari Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat
8. Seluruh Bidan dan Staf di UPT BLUD Puskesmas Gunungsari Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat

Akhir kata semoga laporan ini bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya, kami menyadari bahwa dalam laporan ini masih banyak kekurangan. Untuk itu kami harapkan kritik dan saran yang dapat mendorong kami untuk menyempurnakan.

Mataram, Juni 2020

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KEASLIAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah dan Tujuan	3
C. Manfaat	4
D. Ruang Lingkup	4
E. Keaslian Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kehamilan Resiko Tinggi.....	8
a. Pengertian	8
b. Faktor persalinan Resiko Tinggi	8
B. Persalinan.....	10
Pengertian.....	10
Etiologi	10
Fisiologi	11
Tanda dan Gejala	12
Mekanisme Persalinan	13
C. Bayi Baru Lahir & Neonatus.....	22
Pengertian	22
Fisiologi	22
Tanda dan Gejala	23
BAB III METODELOGI	
A. Rancangan Study Kasus	36
B. Tempat dan Waktu Study Kasus	36
C. Subyek Study Kasus.....	36
D. Jenis Data	36
E. Alat dan metode pengumpulan data	36
F. Analisa Data	37
G. Rencana Jalannya Penelitian (Laporan Tugas Akhir)/ Jalannya Study Kasus.....	37
H. Etika Penelitian	38
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Study Kasus.....	40
B. Pembahasan.....	57
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	63
B. Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	

Abstrak

Nama : Anita Suryani Nogongo

Nim : 517010003

Judul : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY'S" DENGAN PERSALINAN FAKTOR USIA RESIKO TINGGI >35 TAHUN DI PUSKESMAS GUNUNGSARI

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (40-42) minggu, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Laporan tugas akhir ini bertujuan untuk melaksanakan Manajemen Asuhan Persalinan Normal di Puskesmas gunungsari Tahun 2019 dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah menurut Helen Varney dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

Hasil dari studi kasus yang dilakukan pada Ny "S" dengan Asuhan Persalinan Normal yakni tidak ditemukannya kendala dalam menangani masalah dengan Asuhan Persalinan Normal. Dalam penatalaksanaan Asuhan Persalinan Normal pada Ny "S" yaitu dilakukan dengan pemberian asuhan yang bersih dan aman serta melakukan upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir, serta dilakukannya pemantauan dan asuhan dari kala I sampai kala IV.

Kesimpulan dari studi kasus dengan manajemen asuhan 7 langkah varney dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP yakni dari kala I hingga kala IV semuanya berlangsung normal tanpa ada penyulit, tidak ditemukannya komplikasi atau masalah pada janin dan ibu, serta keadaan ibu dan bayi baik yang ditandai dengan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Kata Kunci : Asuhan Persalinan Normal, 7 Langkah

Abstract

Name : Anita Suryani Nogongo
Nim : 517010003

**Title: MIDWIFERY CARE FOR MRs "S" BY THE HIGH RISK FACTOR OF
CHILDBIRTH > 35 YEARS OLD AT PUBLIC HEALTH CENTER OF
GUNUNGSARI**

Normal childbirth is a process of expulsion of the fetus that occurs at term gestation (40-42) weeks, born spontaneously with a back of the head presentation that lasts 18 hours, without complications either mother or fetus.

This final project aims to carry out the management of normal childbirth care at the Gunungsari Public Health Center in 2019 using a 7-step midwifery management approach according to Helen Varney and SOAP documentation.

The result of a case study conducted on Mrs. "S" with the normal delivery care was there were no obstacles in dealing with problems with normal childbirth care. In the management of normal childbirth care for Mrs. "S", it is carried out by providing clean, safe care and making efforts to prevent complications, especially postpartum bleeding, hypothermia, newborn asphyxia, and monitoring and care from first Kala to the fourth Kala.

In conclusion, the giving birth was normal without any complications or problems were found in the fetus and mother, and the condition of the mother and baby was good, which was indicated by signs vital signs within normal limits.

Keywords: Normal Childbirth Care, 7 Steps of Varney



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Data *World Health Organization* (WHO) mengenai status kesehatan nasional pada capaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat AKI sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2017). Sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio AKI masih dirasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting untuk menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menyatakan AKI di Indonesia yaitu 305 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH). Berdasarkan target *Millennium Development Goals* (MDGs) pada Tahun 2015 yaitu AKI 102 per 100.000 KH menunjukkan bahwa AKI di Indonesia pada Tahun 2015 belum mencapai target yang diharapkan. Pada Tahun 2015 MDGs kemudian dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs), salah satu target SDGs yaitu menurunkan AKI menjadi kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2017).

Jumlah kasus angka kematian ibu (AKI) di provinsi NTB selama tahun 2018 adalah 99 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2017 dengan jumlah kematian ibu 85 kasus. Trend jumlah kematian ibu tahun 2014-2018 menunjukkan bahwa jumlah kematian ibu di provinsi NTB selama 4 tahun terakhir menunjukkan trend menurun namun kembali meningkat pada tahun 2018. Selama periode tahun 2014-2017 terjadi penurunan jumlah kematian ibu di provinsi NTB sebesar 26 orang, namun kembali meningkat 14 kasus

ditahun 2018 menjadi 99 kasus. Seperti tahun-tahun sebelumnya, pada tahun 2018 kematian ibu terbanyak terjadi di kabupaten Lombok Timur yaitu 34 kasus dan untuk kabupaten Dompu menjadi satu-satunya kabupaten dengan 0 kasus kematian ibu di tahun 2018. Pada tahun 2018, jumlah kematian bayi 866 kematian dan dari jumlah tersebut 676 kematian atau 76,06% terjadi pada masa neonatal. Penyebab kematian neonatal terbesar disebabkan oleh BBLR dan Asfiksia (Dikes NTB, 2018).

Kematian ibu terbanyak pada tahun 2018 terjadi pada ibu bersalin 29,29% dan pada ibu hamil 22,22%. Berdasarkan kelompok umur, kematian ibu banyak terjadi pada usia 20-34 tahun yaitu sebanyak 61,62%, usia ≥ 35 tahun sebanyak 31,31% dan usia ≤ 20 tahun sebanyak 7,07%. Dari 99 kasus kematian pada tahun 2018, 29 kasus disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan, 23 kasus oleh karena perdarahan, 11 kasus disebabkan karena gangguan system peredaran darah (jantung, stroke, dll), 9 kasus disebabkan karena infeksi, 3 kasus karena gangguan metabolik (Diabetes Mellitus, dll), dan 24 kasus oleh karena penyebab diantaranya kelahiran postterm dan lain-lain (Dikes NTB, 2018).

Berdasarkan hasil PWS KIA Puskesmas Gunungsari pada akhir tahun 2018 jumlah atau sasaran ibu hamil 1.348 jiwa, ibu bersalin 1.396 jiwa dan bayi 1.396 jiwa. Dengan hasil cakupan pada tahun 2018 adalah Persalinan ditolong oleh Nakes 1.225 (87,75%). Kunjungan Antenatal I (KI) 1.420 atau 105,34% (sudah mencapai target). Kunjungan Antenatal IV (K4) 1.367 atau 101,41%. Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 1.237 (101,36%) Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 1.220 (99,67%). Kunjungan Nifas sebanyak 1.396 dan jumlah persalinan posterm sebanyak 42 orang (Rekam medis Puskesmas Gunungsari, 2019).

Program *Expanding Maternal dan Neonatal Survival* (EMAS) merupakan program yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan RI untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di samping program KIA. Adapun upaya penurunan AKI dan AKB melalui program ini dilakukan dengan cara: meningkatkan kualitas pelayanan

emergency obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONEK dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Kemenkes RI, 2017).

Dari uraian di atas peneliti merasa tertarik untuk mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai “Asuhan kebidanan pada Ny.“S” dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun di Puskesmas Gunungsari”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data dari latar belakang diatas dapat dibuat suatu rumusan masalah berikut”Bagaimana asuhan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.“S” dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun di Puskesmas Gunungsari?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan secara holistik terhadap kasus kebidanan pada Ny”S” dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menganalisa data subjektif pada kasus asuhan kebidanan pada Ny”S” dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun
- b. Mampu menganalisa data objektif pada kasus asuhan kebidanan pada Ny”S” dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun
- c. Mampu menganalisa diagnosa pada asuhan kebidanan pada Ny”S” dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun di Puskesmas Gunungsari.
- d. Mampu melakukan penatalaksanaan pada kasus asuhan kebidanan ibu bersalin pada pada Ny”S” dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun di Puskesmas Gunungsari.

D. Manfaat

1. Insitusi Pendidikan

Referensi dan sumber bacaan mengenai asuhan *pada ibu bersalin resiko resiko tinggi*, serta sebagai acuan untuk peneliti selanjutnya dengan ruang lingkup dan variable yang lebih berkembang

2. Bagi UPT BLUD Puskesmas Gunungsari

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan khususnya Asuhan Kebidanan Pelayanan *pada ibu bersalin faktor resiko tinggi*, sesuai standar pelayanan.

3. Bagi Subyek Penelitian

Hasil Studi kasus ini diharapkan dapat menambah wawasan subyek maupun masyarakat agar bisa melakukan deteksi dini dari kasus ibu *ibu bersalin faktor resiko tinggi*, sehingga memungkinkan segera mendapatkan penanganan.

E. Ruang Lingkup

Pembatasan masalah yang diteliti pada study kasus ini terdiri atas:

1. Ruang lingkup materi, obyek/variabel yang akan diteliti yaitu persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun
2. Ruang lingkup responden, subyek penelitian ini adalah Ny."S" dengan persalinan faktor usia resiko tinggi >35 tahun di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat Nusa Tenggara Barat mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, neonates dan KB yang dilakukan sesuai dengan standar kebidanan.
3. Ruang lingkup waktu, waktu penelitian ini dilakukan yaitu mulai bulan Mei-Juni 2020.
4. Ruang lingkup tempat, penelitian dilakukan di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat Nusa Tenggara Barat.

F. Keaslian Penelitian

1. Putriningsih (2015), "Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. KW dengan kehamilan resiko tinggi di Puskesmas Bara-Baraya Makassar." Studi kasus menggunakan metode penelaahan kasus, lokasi studi kasus di

Puskesmas Baumata, subjek studi kasus adalah Ny.KW dilaksanakan tanggal 30 April s/d 09 Juni 2019 dengan menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan metode Varney dan pendokumentasian SOAP, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder. Hasil dari studi kasus yang dilakukan pada Ny “KW” dengan persalinan serotinus, ditemukan hambatan yakni pada bayi dengan asfiksia sedang dan telah dilakukan penanganan sesuai kasus. Kesimpulan dari studi kasus yaitu 7 langkah Varney dan SOAP yang digunakan untuk proses penyelesaian masalah kebidanan telah dilaksanakan pengkajian dan analisa data pada Ny. “KW” dengan persalinan serotinus dirujuk ke RSUD. Kesimpulan dari studi kasus yaitu 7 langkah Varney dan SOAP yang digunakan untuk proses penyelesaian masalah kebidanan telah dilaksanakan pengkajian dan analisa data pada Ny. “KW” dengan persalinan serotinus di RSUD dan telah dilakukan pengkajian pendokumentasian semua temuan dan tindakan yang telah dilaksanakan pada Ny. “KW” dengan hasil tidak ditemukannya kesenjangan teori dan kasus.

2. Kristiyanti (2019), “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. W.P di Puskesmas Pasir Panjang Periode 18 ebruari sampai dengan 18 Mei 2019” Metode yang digunakan adalah format asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan metode Varney dan pendokumentasian SOAP, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder. Hasil Penelitian : Ny.W.P selama masa kehamilannya hasil pengkajian dan pemeriksaan tidak didapatkan masalah, proses persalinan ibu dengan oligohidramnion berjalan lancar secara sectio caesarea, pada masa nifas involusi berjalan normal, bayi dalam keadaan sehat, konseling ber-KB ibu memilih metode kontrasepsi mantap (MOW). Simpulan : Penulis telah menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.W.P ditandai dengan ibu sudah mengikuti semua anjuran, keluhan ibu selama hamil teratasi, ibu dengan oligohidramnion melahirkan di fasilitas kesehatan, masa nifas berjalan normal, dan bayi dalam keadaan sehat.

Ada perbedaan antara studi kasus yang penulis lakukan dengan studi kasus sebelumnya baik dari segi waktu, tempat dan subjek. Studi kasus yang penulis ambil dilakukan pada tahun 2020 dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ny. “S” dengan persalinan di Puskesmas Gunungsari dari bulan Mei s/d Juli 2020”. Studi kasus sama sama dilakukan dengan menggunakan metode tujuh langkah varney dan catatan perkembangan menggunakan metode SOAP.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan Resiko Tinggi

a. Pengertian

Persalinan resiko tinggi adalah persalinan yang memiliki resiko meninggalnya bayi, ibu atau melahirkan bayi yang cacat atau terjadi komplikasi persalinan, yang lebih besar dari resiko pada wanita normal umumnya. Penyebab persalinan risiko pada ibu bersalin adalah karena kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan reproduksi, rendahnya status sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah. Pengetahuan ibu tentang tujuan atau manfaat pemeriksaan kehamilan dapat memotivasinya untuk memeriksakan kehamilan secara rutin (Rikadewi, 2015).

Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan hidup sehat meliputi jenis makanan bergizi, menjaga kebersihan diri, serta pentingnya istirahat cukup sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi dan tetap mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada. Umur seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Bila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi, kecil kemungkinan untuk mengalami komplikasi di bandingkan wanita yang hamil dibawah usia reproduksi ataupun diatas usia reproduksi (Rikadewi, 2015).

b. Faktor persalinan Resiko Tinggi (Manuaba, 2017)

a. Persalinan pada usia di atas 35 tahun atau di bawah 20 tahun.

Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas persalinan. Usia yang paling aman atau bisa dikatakan waktu reproduksi sehat adalah antara umur 20 tahun sampai umur 30 tahun. Penyulit pada kehamilan remaja salah satunya pre eklamsi lebih tinggi dibandingkan waktu reproduksi sehat. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin.

b. Persalinan pertama setelah 3 tahun atau lebih pernikahan

c. Persalinan kelima atau lebih

Paritas atau para adalah wanita yang pernah melahirkan dan di bagi menjadi beberapa istilah :

1) Primipara yaitu wanita yang telah melahirkan sebanyak satu kali.

2) Multipara yaitu wanita yang telah pernah melahirkan anak hidup beberapa kali, di mana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali.

3) Grandemultipara yaitu wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali.

d. Persalinan dengan jarak antara di atas 5 tahun atau kurang dari 2 tahun.

Pada persalinan dengan jarak < 3 tahun keadaan endometrium mengalami perubahan, perubahan ini berkaitan dengan persalinan sebelumnya yaitu timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta.

Adanya kemunduran fungsi dan berkurangnya vaskularisasi pada daerah endometrium pada bagian korpus uteri mengakibatkan daerah tersebut kurangnya subur sehingga kehamilan dengan jarak < 3 tahun dapat menimbulkan kelainan yang berhubungan dengan letak dan keadaan plasenta.

e. Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm dan ibu belum pernah melahirkan bayi cukup bulan dan berat normal. Wanita bersalin yang mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm, memiliki resiko tinggi mengalami persalinan secara premature, karena lebih mungkin memiliki panggul yang sempit.

f. Persalinan dengan penyakit (hipertensi, Diabetes, Tiroid, Jantung, Paru, Ginjal, dan penyakit sistemik lainnya)

Kondisi sebelum hamil seperti hipertensi kronis, diabetes, penyakit ginjal atau lupus, akan meningkatkan risiko terkena preeklamsia. Kehamilan dengan hipertensi esensial atau hipertensi yang telah ada sebelum persalinan dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala

mejadi pre eklamsi tidak murni. Penyakit gula atau diabetes mellitus dapat menimbulkan pre eklamsi dan eklamsi begitu pula penyakit ginjal karena dapat meingkatkan tekanan darah sehingga dapat menyebabkan pre eklamsi.

g. Persalinan dengan keadaan tertentu (Mioma uteri, kista ovarium)

Mioma uteri dapat mengganggu kehamilan dengan dampak berupa kelainan letak bayidan plasenta, terhalangnya jalan lahir, kelemahan pada saat kontraksi rahim, pendarahan yang banyak setelah melahirkan dan gangguan pelepasan plasenta, bahkan bisa menyebabkan keguguran. Sebaliknya, kehamilan juga bisa berdampak memperparah Mioma Uteri. Saat hamil, mioma uteri cenderung membesar, dan sering juga terjadi perubahan dari tumor yang menyebabkan perdarahan dalam tumor sehingga menimbulkan nyeri. Selain itu, selama kehamilan, tangkai tumor bisa terputar.

h. Persalinan dengan anemia (Hb kurang dari 10,5 gr %)

Wanita bersalin biasanya sering mengeluh sering letih, kepala pusing, sesak nafas, wajah pucat dan berbagai macam keluhan lainnya. Semua keluhan tersebut merupakan indikasi bahwa wanita hamil tersebut sedang menderita anemia pada masa kehamilan. Penyakit terjadi akibat rendahnya kandungan hemoglobin dalam tubuh semasa mengandung. Faktor yang mempengaruhi terjadinya anemia pada ibu hamil adalah kekurangan zat besi, infeksi, kekurangan asam folat dan kelainan haemoglobin. Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester satu dan tiga, atau kadar nilai hemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester dua. Perbedaan nilai batas diatas dihubungkan dengan kejadian hemodilusi.

B. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Saefuddin, 2018).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (APN, 2017).

Partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Winjosastro, 2018).

b. Etiologi

Menurut Muhtar, 2018 persalinan disebabkan oleh:

a. Teori Penurunan Hormon

Selama 1-2 minggu sebelum partus, terjadi penurunan kadar estrogen & progesteron, peningkatan kadar prostaglandin yg berfungsi meningkatkan kontraksi uterus.

b. Teori Plasenta Menjadi Tua

Dampak turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah.

c. Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplaster mengakibatkan plasenta mengalami degenerasi.

d. Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus (Mochtar, 2018).

Ada dua hormon yang dominan saat hamil, yaitu:

a. Estrogen

- 1) Menimbulkan sensitifitas otot-otot rahim.

- 2) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan rangsangan mekanik.

b. Progesteron

- 1) Menurunkan sensitifitas otot rahim.
- 2) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan rangsangan mekanis
- 3) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesteron terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan progesteron dan estrogen menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan hipofise posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk braxton hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan. Oleh karena itu makin tua usia kehamilan frekuensi kontraksi semakin sering.

c. Fisiologi

Menurut Wiknjosastro (2018) sebab-sebab terjadinya persalinan masih merupakan teori yang kompleks. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan, mulai dari berlangsungnya partus antara lain kadar hormone estrogen dan progesteron. Progesteron merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 fase:

- a. Fase laten yang berangsung selama 8 jam. Pembukaan sangat lambat sampai diameter 3 cm.
- b. Fase aktif yaitu pembukaan 4 cm hingga pembukaan menjadi lengkap. Fase aktif ini dibagi menjadi tiga, yaitu :
 - 1) Fase Akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi pembukaan 4 cm
 - 2) Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu dua jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
 - 3) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu dua jam dari pembukaan 9 cm menjadi pembukaan lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan sudah lengkap.

Pada kala III setelah bayi lahir, uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi kembali untuk pelepasan plasenta dari dindingnya. Plasenta keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

Pada kala terakhir yaitu kala IV dimulai setelah plasenta lahir sampai 2 jam kemudian. Pada kala ini sangat dibutuhkan pengawasan pada ibu terutama mengenai tanda-tanda perdarahan.

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala persalinan yaitu (Wiknjosastro, 2018) :

Kala I

- a. His sudah teratur dan frekwensi minimal 2 kali dalam 10 menit
- b. Penipisan dan pembukaan serviks
- c. Keluar cairan dari vagina dalam bentuk lendir bercampur darah

Kala II

- a. Ibu ingin meneran/mengejan
- b. Perineum menonjol
- c. Vulva dan anus mebuca
- d. Meningkatnya pengeluaran lendir
- e. Kepala telah turun pada dasar panggul

Kala III

- a. Tali pusat memanjang, terasa adanya pelepasan plasenta
- b. Semburan darah tiba-tiba
- c. Fundus berkontraksi sehingga berbentuk bulat keras.

Kala IV

Tingginya fundus uteri berubah besarnya.

b. Mekanisme Persalinan (JNPKR, 2017).

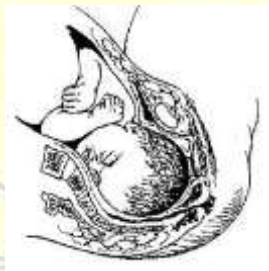
1) Turunnya kepala



Gambar 2.1 Turunnya kepala (JNPKR, 2017).

- a) Masuknya kepala kedalam pintu atas panggul
- b) Majunya kepala

2) Fleksi



Gambar 2.2 Fleksi (JNPKR, 2017).

Dengan majunya kepala, biasanya fleksi juga bertambah hingga UUK lebih rendah dari UUB.

3) Putaran paksi dalam



Gambar 2.3 Putaran paksi dalam (JNPKR, 2017).

UUK memutar kedepan kebawah symfisis bersama dengan majunya kepala. Ini terjadi bila kepala sudah sampai di Hodge III.

4) Ekstensi



Gambar 2.4 Ekstensi kepala janin (JNPKR, 2017).

Setelah kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala.

Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah symfisis maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi.

5) Putaran paksi luar (putaran resusitasi)



Gambar 2.5 Putaran Paksi Luar (JNPKR, 2017).

6) Ekspulsi



Gambar 2.6 Ekspulsi (JNPKR, 2017).

Setelah putaran paksi luar, bahu depan bayi sampai ke bawah symfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian disusul bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

Ilustrasi :

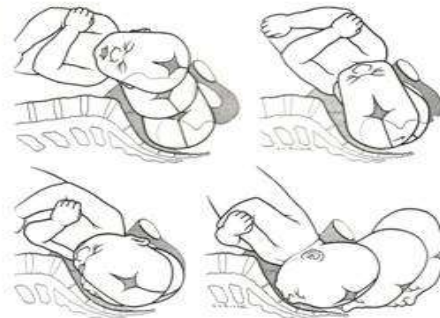


Fig. 4. Mechanism of labor for left occiput transverse position, lateral view. Posterior parietal presentation at the brim followed by lateral flexion, resulting in anterior parietal presentation after engagement, further descent, rotation, and extension. (From Stoele and Jauert, Surg Gynec Obstet 75:477, 1962.)

Gambar 2.7 Ilustrasi pengeluaran kepala janin (JNPKR, 2017).

Mekanisme Pelepasan Plasenta

Setelah janin lahir, uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya (Winjosastro, 2018).

Penatalaksanaan (JNPKR, 2017).

Kala I

Bantulah ibu saat persalinan jika ia nampak gelisah, ketakutan, dan kesakitan :

- 1) Berikan dukungan dan yakinkan dirinya
- 2) Berikan informasi mengenai proses serta kemajuan persalinan
- 3) Dengarkan keluhan dan cobalah untuk lebih sensitive terhadap perasaannya

Jika ibu tersebut nampak sakit :

- 1) Lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan ibu dan jika ibu ingin ditempat tidur sebaiknya miring ke kiri, jelaskan alasannya
- 2) Sarankan ibu untuk berjalan
- 3) Ajarkan orang yang menemaninya untuk memijat atau menggosok punggungnya atau menyeka keringatnya diantara kontraksi
- 4) Ibu boleh melakukan aktifitas sesuai dengan kesanggupannya

5) Ajarkan tehnik bernafas pada ibu

- a) Bernafas dengan menarik nafas melalui hidung kemudian menghembuskannya melalui mulut pada saat kontraksi dan bernafas biasa saat tidak ada kontraksi.
- b) Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan/izin ibu.
- c) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan serta hasil pemeriksaan.
- d) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah buang air besar/kecil

Pantau :

- 1) Tekanan darah tiap 4 jam
- 2) Suhu tubuh tiap 2 jam
- 3) Nadi tiap 30 menit
- 4) Denyut jantung janin tiap 30 menit
- 5) Kontraksi uterus tiap 30 menit
- 6) Pembukaan dan penipisan serviks serta penurunan bagian terendah janin tiap 4 jam. (JNPKR, 2017).

Kala II (JNPKR, 2017).

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua, dorongan meneran, tekanan anus membuka, perineum menojol, vulva membuka
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam (pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah).
- 9) Menceleupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit)).
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada *his* apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada *his*, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu.
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.

- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Mengajukan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin)
- 25) Melakukan penilaian selintas : bayi menangis kuat, bayi bergerak aktif.
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.

- 32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

Kala III (JNPKR, 2017).

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokrinal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokrinal).
- 5) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 6) Segera setelah plasenta lahir, melakukan *masase* (pemijatan) pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
- 7) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan ke dalam kantong plastik yang tersedia.
- 8) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Kala IV (JNPKR, 2017).

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 3) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- 4) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 5) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 6) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
- 7) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 8) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 9) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 10) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 12) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 13) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 14) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

- 15) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 16) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 17) Melengkapi partograf (JNPKR, 2017).

Tanda-tanda Bahaya Dalam Persalinan

Tabel 2.1 Tanda – tanda bahaya dalam persalinan

Parameter	Temuan Abnormal	Tindakan Mandiri	Tindakan dengan Dokter
Tekanan darah	> 149/90 mmHg dengan sedikitnya satu tanda/ gejala preeklampsia	Rujuk ibu dengan membaringkan ibu miring ke kiri sambil diinfus	Sama seperti tanpa dokter.
Temperatur	> 38°C	Kompres, rehidrasi, rujuk	Sama seperti tanpa dokter.
Nadi	> 100x/mnt	Rehidrasi, rujuk	Sama seperti tanpa dokter
DJJ	<100x/mnt atau >180x/mnt	Rehidrasi, ganti posisi ibu tidur terlentang atau miring ke kiri	Sama seperti tanpa dokter
Kontraksi	<3x/10 mnt, berlangsung <40 dtk dan waktu palpasi lemah	Ambulasi, rubah posisi, kosongkan kandung kemih jika perlu dengan kateterisasi. Lakukan stimulasi puting susu, berikan makan, minum, jika partograf melewati garis waspada rujuk	Sama seperti tanpa dokter
Serviks	Partograf melewati garis waspada	Rehidrasi, rujuk	Sama seperti tanpa dokter
Cairan amnion	Terdapat mekonium, darah dan berbau	Tetap monitor DJJ, antisipasi bayi mengisap lendir saat lahir. Rehidrasi, rujuk dengan posisi miring ke kiri, berikan antibiotika	Sama seperti tanpa dokter
Urine	Volume sedikit dan pekat	Rehidrasi. Jika tidak ada kemajuan setelah 4 jam, periksa dan lakukan rujukan	Sama dengan tanpa dokter

(Saifuddin, 2018)

C. Bayi Baru Lahir & Neonatus

1. Pengertian

Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL) adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran walaupun sebagian besar proses persalinan terfokus pada ibu tetapi karena proses tersebut merupakan proses pengeluaran hasil kehamilan (bayi) maka penatalaksanaan suatu persalinan baru dikatakan berhasil apabila selama ibu dan bayi yang dilahikannya juga dalam kondisi yang optimal (*JNPKR, 2017*). Neonatal adalah masa bayi selama 28 hari pertama setelah bayi lahir (usia 0-28 hari). (*Pusdiknakes WHO JHPIEGO, 2015*)

2. Fisiologi

Transisi bayi baru lahir yang paling dramatik dan cepat berlangsung pada empat aspek: pada sistem pernapasan, sistem sirkulasi, pada kemampuan melakukan termoregulasi dan kemampuan Untuk menghasilkan sumber glukosa.

Organ yang berperan dalam respirasi janin sebelum lahir adalah plasenta. Alveol kemudian berkembang sepanjang proses gestasi, demikian pula kemampuan Janin untuk memproduksi surfaktan, fosfolipid. Bayi baru lahir harus mengatur dengan baik kemampuan ini menjadi sebuah pola napas yang serasi. Perubahan sirkulasi . Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Hal ini menghilangkan pasok oksigen ke plasenta dan menyebabkan serangkaian reaksi berikutnya. Reaksi-reaksi ini dilengkapi dengan reaksi-reaksi yang berlangsung pada paru sebagai respon terhadap upaya napas yang pertama. n temperatur kulit abdomen pada kisaran 36 - 36,5 -C (*Varney, 2015*).

Dalam 24 jam pertama neonatus akan mengeluarkan tinja yang berwarna hijau kehitam-hitaman dinamakan mekonium. Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus dipengaruhi oleh pemberian makanan atau minuman. Enzim pada saluran pencernaan biasanya sudah ada pada neonatus kecuali enzim amilase (*Varney, 2015*).

3. Tanda dan Gejala

a. Penilaian Klinik

Tujuannya adalah mengetahui derajat vitalitas untuk mengukur reaksi bayi terhadap tindakan resusitasi. Derajat vitalitas bayi adalah kemampuan sejumlah fungsi tubuh untuk bersifat esensial dan kompleks untuk berlangsungnya kelangsungan hidup bayi seperti pernafasan, denyut jantung, sirkulasi dan *refleks primitive* seperti menghisap dan mencari puting susu.

Bayi baru lahir normal memiliki tanda atau keadaan sebagai berikut:

- 1) Denyut jantung dalam menit pertama $\pm 180x/mnt$ kemudian turun 140-120x/mnt dalam 30 menit kemudian.
- 2) Pernafasan cepat $\pm 80x/mnt$ disertai dengan nafas cuping hidung, refraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan yang berlangsung 10-15 menit.
- 3) Mudah terangsang, bayi menjadi tegang.
- 4) Tinja berbentuk mekonium
- 5) Batasan normal ukuran tubuh bayi BB, PB, LILA, LIKA, LIDA, Suhu.
- 6) Macam-macam penilaian refleks pada bayi:
 - a) *Refleks babinski*: menggores permukaan plantar kaki dengan benda sruncing, (+) bila ibu jari akan terangkat, jari lainnya meregang.
 - b) *Refleks rooting*: menyentuhkan sesuatu ke sudut mulut. (+) bila bayi menengok ke arah rangsangan dan berusaha memasukannya ke dalam mulut.
 - c) *Refleks sucking*: (+) bila bayi menghisap kuat.
 - d) *Grasp refleks*: meletakkan sesuatu di telapak tangan bayi, (+) bila bayi menggenggam benda yang diletakkan pada telapak tangan.
 - e) *Refleks moro*: mengejutkan bayi, (+) bila kaget disertai lengan direntangkan dalam posisi abduksi ekstensi dan tangan disertai gerakan lengan adduksi dan fleksi.
 - f) *Refleks tonic neck*: menengokkan kepala bayi ke kiri/ ke kanan, (+) bila kepala ditengokkan ke kanan, (+) bila kepala ditengokkan ke

kanan, anggota gerak bagian kanan akan melakukan ekstensi dan anggota gerak lainnya melakukan fleksi.

g) *Refleks plantar grasp*: meletakkan sesuatu pada telapak kaki bayi, (+) bila terjadi fleksi pada jari-jari kaki.

h) *Refleks palmar grasp*: meletakkan sesuatu pada telapak tangan bayi, (+) bila terjadi fleksi pada jari-jari tangan.

b. Hal-hal yang perlukan di perhatikan pada bayi baru lahir

Bayi sehat akan menangis dalam 30 detik; tidak perlu dilakukan apa-apa lagi oleh karena bayi mulai bernafas spontan dan warna kulit kemerah-merahan. Adapun yang dinilai pada bayi baru lahir: warna kulit (baik, jika warna kulit kemerahan), gerakan tonus otot (baik, jika fleksi), nafas (baik, jika dalam 30 detik bayi menangis) (Wikjnosastro, 2018).

Sesudah 5 menit lakukan penilaian terhadap keadaan bayi secara umum dengan menggunakan skor APGAR (Standar Kebidanan, 2015). Penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan sistem nilai APGAR/ APGAR Score yaitu:

Tabel 2.2 APGAR SCORE

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1	<i>Apperence</i> (Penampilan)	Biru/pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh badan dan ekstremitas merah
2	<i>Pulse</i> (Denyut jantung)	Tidak ada	Tidak teratur <100x/mnt	Teratur >100x/mnt
3	<i>Grimace</i> (Reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Menyeringai	Menangis kuat
4	<i>Actifity</i> (Otot)	Lemas	<i>Fleksi</i> sedikit	kuat
5	<i>Respiration</i> (Pernafasan)	Tidak bernafas	Lemah	Aktifitas kuat Teratur

(Wikjnosastro, 2018)

Catatan :

- 1) AS 1 menit lebih/sama dengan 7 tidak perlu resusitasi (*vigorous baby*)
- 2) AS 1 menit 4 – 6 bayi mengalami asfiksia sedang – ringan
- 3) AS 1 menit 0 – 3 asfiksia berat.

Batasan normal ukuran tubuh bayi antara lain :

- 1) Berat badan bayi = 2500 gr – 4000 gr

- 2) Panjang tubuh = 33-37 cm
- 3) Lingkar lengan = ± 11 cm
- 4) Lingkar bahu = 34 cm
- 5) Lingkar dada = 2-3 cm lebih pendek dari lingkar kepala
- 6) Lingkar bokong = 27 cm
- 7) Suhu = 36,5-37,5 °C

Kepala janin dan ukuran - ukurannya :

- 1) Diameter suboksipito - bregmantika ($\pm 9,5$ cm), bila dilahirkan dalam presentasi belakang kepala.
- 2) Diameter oksipito – frontalis ($\pm 11,75$ cm), bila dilahirkan dalam presentasi puncak kepala
- 3) Diameter oksipito – mentalis ($\pm 13,55$ cm), bila dilahirkan dalam presentasi dahi.
- 4) Diameter submento – bregmantikus ($\pm 9,50$ cm), bila dilahirkan dalam presentasi muka.
- 5) Diameter biparietalis ($\pm 9,5$ cm)
- 6) Diameter bitemporalis (± 8 cm)

c. Pemeriksaan fisik :

(Wikjnosastro, 2018)

- 1) Kepala
 - a) Lingkar kepala oksipito – frontal harus selalu diukur dan dicatat pada semua neonatus.
 - b) Deteksi apakah ada caput suksedanum (cairan efusion terletak di atas periosteum dan terdiri dari cairan edema, melewati batas sutura, tidak tampak jelas), atau sefalohematoma (cairan yang berupa darah terletak di bawah periosteum dan tidak melewati sutura, tampak jelas dan lembek jika diraba).
 - c) Sutura tulang tengkorak harus diperiksa untuk melihat apakah sutura melebar atau tumpang tindih. Fontanella yang terbuka penuh menunjukkan adanya kenaikan tekanan intrakranial (TIK) yang

bisa disebabkan oleh perdarahan intrakranial, edema otak, atau hidrosefalus.

d) Periksa adanya massa di garis tengah yang keluar dari tulang kepala mungkin suatu omfalokel dan perlu pemeriksaan yang lengkap.

e) Ujung – ujung yang cekung menandakan bayi dehidrasi dan terlalu cembung disertai badan demam menandakan bayi terkena infeksi.

f) Mata

Adanya perdarahan subkonjungtiva, mata yang menonjol, katarak, kesimetrisan kedua mata, keluarnya sekret mata, pergerakan kelopak mata yang seimbang.

g) Telinga

1) Posisi, rotasi dan letak telinga harus dicatat. Letak telinga yang lebih rendah harus cepat diperiksa dengan teliti kemungkinan adanya tanda dismorfik lainnya.

2) Pada bayi sangat prematur, pinnanya pendek, datar, dan mudah terlipat ke belakang.

3) Pada bayi matur, heliks luar dari pinna akan membentuk kurvatura yang jelas.

4) Telinga harus diamati dengan teliti untuk memastikan tidak ada kelainan pada kanalis auditoris eksterna.

h) Mulut

Pemeriksaan yang harus diperiksa meliputi lengkung palatum dan bibir (labioskisis atau labiognatopalatoskisis), bentuk dan gerakan lidah, adanya massa abnormal di daerah mulut dan faring membutuhkan perhatian segera terhadap kemungkinan terjadi obstruksi jalan nafas.

i) Leher

Apakah ada gumpalan atau pembengkakan pada leher, deteksi adanya kemungkinan hematoma sternokleidomastoideus, duktus tiroglossus, higromakoli.

j) Dada

- 1) Bentuk, pembesaran buah dada, adanya massa pada dinding dada.
- 2) Pernafasan : nafas yang bunyi (grunting) terjadi karena udara yang dikeluarkan bayi mengenai glotis yang tertutup sebagian dan merupakan petunjuk terjadinya proses – proses yang menyebabkan kolaps atau atelektasis. Stridor terjadi karena berbagai sebab obstruksi jalan nafas, akan tetapi pada bayi yang pernapasannya sangat lemah mungkin tidak terdengar atau sulit didiagnosis.
- 3) Gerakan dinding dada yang asimetris pada pernafasan terjadi pada beberapa lesi diafragma atau ruangan intra pleura unilateral. Retraksi supra sernal bisa terjadi pada distress respirasi berat.
- 4) Mendengarkan suara jantung bayi dengan menggunakan stetoskop, irama dan keteraturannya untuk mendeteksi kelainan bunyi jantung, normal : 120-160 kali/menit.
- 5) Pernafasan normalnya : 40-60 kali/menit.

k) Abdomen

- 1) Inspeksi apakah ada pembesaran pada perut (membuncit yang terjadi kemungkinan karena pembesaran hati, limfe, tumor, asites). Pembesaran hati tampak dari pembesaran 1-2 cm di bawah batas kosta kanan. Sedang limpa biasanya tidak teraba.
- 2) Periksa tali pusat, jangan sampai terjadi pendarahan dari tali pusat, bernanah, ataupun berbau. Permukaan tali pusat juga perlu diperhatikan, warna kemerahan disertai suhu meningkat merupakan tanda infeksi tali pusat

l) Alat kelamin

- 1) Wanita: bila cukup bulan. labia mayora lebih menonjol dibandingkan labia minora dan umumnya menutupi labia

minora. Tonjolan mukosa vagina umumnya terjadi karena pengaruh hormonal ibu terhadap janin.

- 2) Laki-laki: harus diperiksa apakah ada hipospadia atau epispodia. Penis yang terlalu kecil menunjukkan hipopituitarisme. Testis bayi laki-laki cukup umur biasanya berada dalam kantong skrotum. Penurunan skrotum yang tidak komplet dan testis pada kanalis inguinalis dapat diketahui melalui palpasi.
- 3) Pastikan pula, bahwa tidak ada kelainan, misalnya bayi wanita tidak mengalami maskulinisasi, atau bayi yang memiliki alat kelamin dua, jenis kelamin tidak dapat ditentukan sampai dilakukan pemeriksaan yang lebih komplisit lagi.

m) Punggung

Punggung harus diinspeksi dan kolumna vertebralis harus dipalpasi. Harus dicatat keabnormalannya seperti: meningomi elokel, skoliosis dan defek kulit pada linea mediana. Deteksi pula adanya spina bifida, pilonidal sinus atau dimple.

n) Ekstremitas

Inspeksi yang cermat biasanya cukup untuk memastikan apakah bentuk ekstremitas baik. Beberapa abnormalitas struktur yang jelas atau pemendekkan anggota gerak dapat dievaluasi lebih lanjut dengan palpasi dan pemeriksaan radigrafi. Harus dicatat juga kontraktur sendi, asimetris, atau distorsi. Abnormalitas jari – jari (pemendekkan, lancip, sindaktili, polidaktili), lipatan palmar, hipoplasi kuku merupakan petunjuk penting adanya sindrom dismorfik.

o) Anus

Diperhatikan apakah ada lubang pada anus atau tidak, ini bisa kita tunggu sampai bayi mengeluarkan mekonium dalam 24 jam (asuhan sayang bayi). Pastikan tidak terjadi atresia ani dan obstruksi usus.

p) Kulit

- 1) Pada bayi prematur (usia kehamilan 23 –28 minggu) dengan sedikit lemak subkutan, kulit bayi akan transulen dan terlihat vena –vena superfisial. Karena stratum korneum sangat tipis, kulit bayi prematur mudah terluka oleh karen atindakan atau manipulasi yang tampaknya tidak berbahaya sehingga menyebabkan kerusakan stratum korneum dan permukaan kasar.
- 2) Saat usia kehamilan 35 –36 minggu bayi dilapisi verniks. Lapisan verniks tipis muncul pada kehamilan matur dan biasanya menghilang pada postmatur.
- 3) Bayi postmatur memiliki kulit seperti kertas dengan kerut- kerut tajam pada badan dan ekstremitas. Pada bayi postmatur juga terdapat kuku jari atau pengelupasan kulit pada distal ekstremitas.
- 4) Kulit bayi juga ditumbuhi oleh lanugo, yang banyak terdapat pada punggung.
- 5) Perlu diinspeksi seluruh kulit untuk mencari adanya tanda lahir, ataupun bercak-bercak pada kulit seperti milia (papula keputihan 1 –2 mm, umumnya ditemukan pada wajah bayi) dan bercak mongol (suatu daerah hiperpigementasi yang tidak menonjol (datar), lebih banyak terjadi di seluruh pantat atau badan; umumnya terjadi pada bayi kulit hitam atau oriental

d. Penatalaksanaan

(Saifuddin AB, 2015)

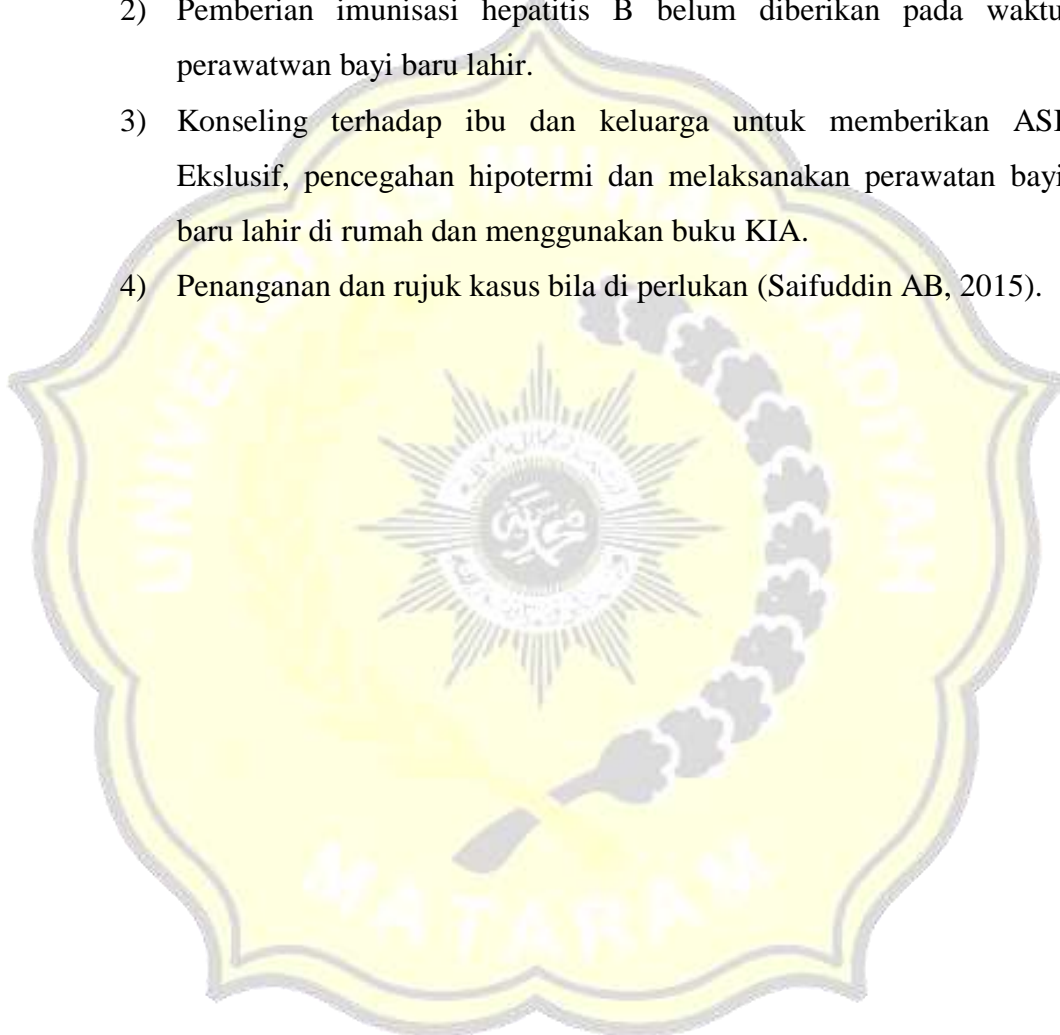
- 1) Segera setelah bayi lahir, nilai pernafasannya. Letakkan bayi diatas perut ibu
- 2) Keringkan bayi dengan kain bersih dan kering. Periksa ulang pernafasan bayi
- 3) Klem tali pusat dengan 2 klem dan potong diantara kedua klem dan pertahankan kebersihannya

- 4) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu
- 5) Gantilah handuk/kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut hangat
- 6) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit
- 7) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya
- 8) Berikan obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk mencegah penyakit karena klamidia
- 9) Hindari memandikan bayi 6 jam setelah melahirkan
- 10) Lakukan perawatan tali pusat:
 - a) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan tutupi dengan kain bersih yang longgar
 - b) Cuci tali pusat dengan sabun dan air bersih lalu keringkan sampai betul-betul kering
- 11) Ajarkan tanda-tanda bahaya dan segera rujuk apabila ditemukan tanda bahaya
 - a) Pernafasan sulit atau $> 60x/mnt$
 - b) Hipotermi atau hipertermia
 - c) Hisapan lemah dan atau muntah
 - d) Tali pusat merah, bengkak, bernanah dan atau berbau busuk
 - e) Tidak buang air kecil dalam 24 jam, tinja lembek, sering serta terdapat lendir dan darah dalam tinja
 - f) Aktifitas lemah, lunglai, atau kejang
- 12) Ajarkan pada orang tua cara merawat bayinya sehari-hari (Saifuddin, 2015)
 - 1) Berikan ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam mulai hari kelima
 - 2) Pertahankan bayi selalu dengan ibu
 - 3) Jaga bayi selalu dalam keadaan bersih
 - 4) Jaga tali pusat agar selalu bersih dan kering
 - 5) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit

6) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi

e. Pemeriksaan menggunakan pendekatan (Manajemen Terpadu Bayi Muda)

- 1) Pemeriksaan tanda bahaya seperti:
Kemungkinan injeksi, bakteri, ikterus, diare, bayi baru lahir rendah dan masalah pemberian ASI.
- 2) Pemberian imunisasi hepatitis B belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir.
- 3) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI Eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dan menggunakan buku KIA.
- 4) Penanganan dan rujuk kasus bila di perlukan (Saifuddin AB, 2015).

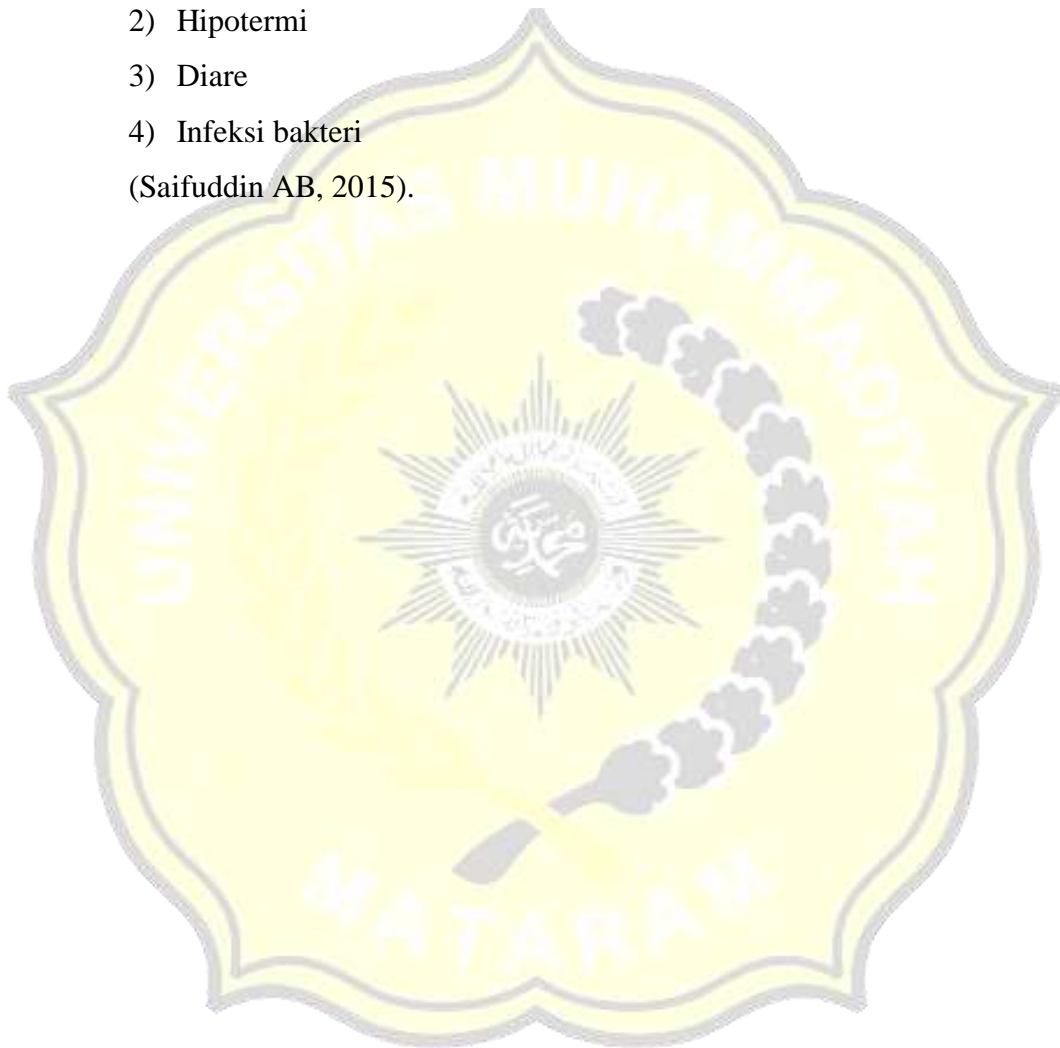


f. Penilaian bayi untuk mengetahui tanda-tanda kegawat daruratan

Semua bayi baru lahir harus di nilai adanya tanda tanda-tanda kegawat daruratan atau kelainan untuk menunjukan suatu penyakit .bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda berikut:

- 1) Kejang
- 2) Hipotermi
- 3) Diare
- 4) Infeksi bakteri

(Saifuddin AB, 2015).



KERANGKA ALUR PIKIR

Faktor persalinan Resiko Tinggi

- a. Kehamilan pada usia >35 tahun atau < 20 tahun Pemeriksaan
- b. Kehamilan pertama setelah 3 tahun atau lebih pernikahan
- c. Kehamilan kelima atau lebih
- d. Kehamilan dengan jarak antara di atas 5 tahun atau kurang dari 2 tahun
- e. Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm dan ibu belum pernah melahirkan bayi cukup bulan dan berat normal

Persalinan Resiko Tinggi

Sumber: (Modifikasi Manuaba, 2014)



BAB III

METODELOGI

A. Rancangan Study Kasus

Jenis penelitian ini adalah deskriptif *explanation* (Yin, 2017). Dengan kata lain, penelitian studi kasus tepat digunakan pada penelitian yang bersifat eskplanatori, yaitu penelitian yang dimaksudkan untuk menggali penjelasan kausalitas, atau sebab dan akibat yang terkandung didalam obyek yang diteliti. (Yin, 2017)

B. Tempat dan Waktu Study Kasus

Adapun penelitian dilakukan di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat Nusa Tenggara Barat. Sedangkan waktu penelitian ini dilakukan yaitu mulai bulan Mei-Juli 2020.

C. Subyek Study Kasus

Subyek penelitian adalah ibu bersalin dengan persalinan pstterm di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat Nusa Tenggara Barat mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan KB yang dilakukan sesuai dengan standar kebidanan.

D. Jenis Data

Jenis data pada peneltian ini adalah data sekunder yang didapat dari dokumen rekam medis di Puskesmas Gunungsari .

E. Alat dan metode pengumpulan data

1. Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian yaitu buku register, buku KIA, dll.

F. Analisa Data

Analisis data (menurut Miles dan Huberman, 2016) berupa mencangkup tiga hal yaitu reduksi data, Penyajian data dan penarikan simpulan.

1. Reduksi data dalam analisis data penelitian kualitatif, diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstakan, dan transformasi data “ Kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data berlangsung terus-menerus selama proyek yang berorientasi penelitian kualitatif berlangsung.
2. Penyajian data adalah kegiatan ketika sekumpulan informasi disusun, sehingga member kemungkinan akan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Bentuk penyajian data berupa teks naratif, berbentuk dan bagan. Bentuk–bentuk ini menggabungkan informasi yang tersusun dalam suatu bentuk yang padu dan mudah diraih, sehingga memudahkan untuk melihat apa yang sedang terjadi, apakah kesimpulan sudah tepat atau sebaliknya melakukan analisis kembali.
3. Penarikan simpulan dilakukan peneliti secara terus menerus selama berada di lapangan dari permulaan pengumpulan data, peneliti mulai mencari arti benda-benda, mencatat keteraturan pola–pola (dalam catatan teori), penjelasan–penjelasan, konfigurasi–konfigurasi yang mungkin, alur sebab akibat dan proposisi. Kesimpulan–kesimpulan ini ditangani secara longgar, tetap terbuka dan skeptis, tetapi kesimpulan sudah disediakan. Mula–mula belum jelas, namun kemudian meningkat menjadi lebih rinci dan mngakar dengan kokoh.

G. Rencana Jalannya Penelitian (Laporan Tugas Akhir)/ Jalannya Study Kasus

1. Tahap Awal

Pada tahap awal penelitian study kasus ini adalah pengajuan judul penelitian, penyusunan Laporan Tugas Akhir penelitian study kasus dan perbaikan atau revisi sesuai hasil seminar.

2. Tahap Pelaksanaan Study Kasus

Pada tahap ini dilakukan pengumpulan data dari data sekunder yang didapatkan dari (dari buku register) rekam medis di Puskesmas Gunungsari.

3. Tahap Akhir

Pada tahap akhir ini dilakukan penyusunan laporan hasil penelitian, penyajian hasil penelitian dalam bentuk tertulis, kemudian ujian dan revisi sesuai hasil ujian. Selanjutnya penyerahan hasil laporan tugas akhir yang telah direvisi kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.

H. Etika Penelitian

1. Menghormati harkat dan martabat manusia

Peneliti hendaknya tetap menghormati dan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia atau individu sebagai partisipan. Partisipan berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian yang tertuang dalam *informed consent* yaitu persetujuan untuk menjadi subyek penelitian.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian

Manusia sebagai subyek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Prinsip ini dapat diterapkan dengan cara meniadakan identitas seperti nama dan alamat subyek kemudian diganti dengan kode tertentu.

3. Keadilan dan inklusivitas

Keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subyek.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan

Setiap penelitian yang dilakukan, peneliti harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subyek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan.

