

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang kesesuaian antara teori dan kenyataan yang terjadi pada kasus yang diambil dan teori yang mendukung diantara fakta dan kenyataan serta ditambahkan opini yang luas dari penulis sebagai pendamping yang melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana pada Ny."A" dengan kasus ibu usia terlalu muda di PMB Agnes Ernawati, Desa Putat Lor, Kecamatan Gondanglegi, Kabupaten Malang.

3.6. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III

Berdasarkan data yang diperoleh dan penulis membuat asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana, untuk itu saya sebagai penulis akan membahas hasil dari data yang didapatkan serta melakukan asuhan adalah tentang pemeriksaan pada Antenatal Care yang dilakukan oleh Ny."A" dengan kasus terlalu muda hamil usia < 20 tahun di PMB Agnes Ernawati, Desa Putat Lor, Kecamatan Gondanglegi, Kabupaten Malang. Asuhan antenatal Care yang akan disajikan meliputi asuhan kebidanan dari trimester III. Berikut data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang Antenatal Care. Dalam pembahasan ini yang berkaitan dengan Antenatal Care maka, dapat diperoleh data berikut ini:

Ny A usia 17 tahun kehamilan 39 minggu 3 hari, ibu mulai mengeluh sering kencing, tekanan darahnya 100/70 mmHg, TBJ : 2,790 gram, Hb 12,5 gr/Dl, Spr: 6 Selama hamil ibu melakukan kunjungan ANC sebanyak 5 kali. Sudah menggunakan standar 10T.

Pengkajian dan pemeriksaan pertama, dilakukan pada tanggal 13 November 2019, berdasarkan anamnesa pada Ny.A yaitu mempunyai factor risiko usia < 20 tahun. Ny.A termasuk dalam factor risiko kelompok 1, hal tersebut sesuai dengan Rochjati (2011) yaitu terdapat 10 faktor risiko meliputi: 7 terlalu dan 3 pernah, Ny.A termasuk dalam terlalu muda hamil karena usia < 20 tahun dan faktor risiko yang terjadi yaitu Bblr, tetapi hal ini tidak sesuai dengan teori Rochjati (2011) karena ibu tidak mengalami komplikasi seperti anemia.

Ibu mengatakan sering BAK dan mengganggu tidurnya pada malam hari. Keluhan yang dirasakan ibu pada trimester III adalah fisiologis, hal ini sesuai dengan

teori Varney (2006) yaitu frekuensi berkemih terjadi karena presentasi makin menurun kepala janin masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih. Penatalaksanaan pada ibu yaitu memberikan KIE tentang ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya ibu memperbanyak minum pada siang hari kemudian sebelum tidur usahakan BAK terlebih dahulu. Penatalaksanaan ibu sesuai dengan teori Varney, et.al., (2006) menyebutkan penatalaksanaan ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya ibu memperbanyak minum pada siang, hari kemudian sebelum tidur usahakan BAK terlebih dahulu.

Asuhan yang diberikan yaitu konseling pada ibu untuk tetap makan makanan bergizi seimbang, personal hygiene yang benar, menganjurkan untuk tetap memantau kesejahteraan janin dan menjelaskan kembali tanda – tanda persalinan dan menjelaskan tentang keluhan ibu yaitu kencang-kencang atau biasa disebut dengan HIS palsu karena ibu sudah mendekati persalinan dan jika kencang-kencangnya semakin sering segera ke bidan untuk periksa dan mengatur pola tidur yaitu tidur siang tidak terlalu lama, jauhkan dari alkohol dan rokok dan biasakan tidur miring ke kiri agar aliran darah dan nutrisi lancar ke janin.

4 terlalu adalah Hamil terlalu muda (primi muda) usia ibu < 20 tahun, hamil/bersalin terlalu tua (grande multi) usia ibu > 35 tahun, terlalu dekat jarak kehamilan atau persalinannya < dari 2 tahun, dan terlalu banyak anak (anak lebih dari 4).

1. Terlalu Muda (Primi Muda)

Terlalu Muda (Primi Muda) adalah ibu hamil pertama pada usia kurang dari 20 tahun. Dimana kondisi panggul belum berkembang secara optimal dan kondisi mental yang belum siap menghadapi kehamilan dan menjalankan peran sebagai ibu (BKKBN, 2007:4).

2. Terlalu Tua (Primi Tua)

Terlalu Tua (Primi Tua) adalah ibu hamil pertama pada usia \geq 35 tahun. Pada usia ini organ kandungan menua, jalan lahir tambah kaku, ada kemungkinan besar ibu hamil mendapat anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

3. Terlalu Dekat Jarak Kehamilan

Terlalu Dekat Jarak Kehamilan adalah jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun (24 bulan). Kondisi rahim ibu belum pulih, waktu ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang.

4. Terlalu Banyak Anak (Grande Multi)

Terlalu Banyak Anak (Grande Multi) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih. Kemungkinan akan di temui kesehatan yang terganggu, kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung.

3.7. Persalinan

Kala I pada kasus ini didasari dengan adanya kenceng-kenceng mulai kemarin tanggal 21-11-2019 jam 23.00 WIB pada tanggal 22-11-2019 serta mengeluarkan lendir bercampur darah. Ibu datang ke tenaga kesehatan jam 07.35 WIB. Pada saat pemeriksaan frekuensi mules 3 kali dalam 10 menit dan lamanya 40 detik. Pada pemeriksaan dalam ditemukan pembukaan 4 cm. Dalam teori kala ini termasuk kala I fase aktif. Pada pemeriksaan dalam kedua didapatkan pembukaan 8 cm pada pukul 11.30 WIB.. Menurut Walyani E, (2015) lamanya kala 1 fase aktif berlangsung kira-kira 8 jam. Sedangkan pada periode akselerasi berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm. Periode dilatasi maksimal berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 sampai 9 cm. periode diselerasi berlangsung cepat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Asuhan yang diberikan pada Ny "A" yaitu kebutuhan nutrisi dan hidrasi : Ny. "A" dianjurkan untuk makan dan minum di sela kontraksi. Menurut teori, hal ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi sebagai persiapan untuk persalinan.

Asuhan sayang ibu : pada kasus Ny. "A", penulis memberikan asuhan sayang ibu dengan tujuan untuk memberi rasa nyaman dapat mengurangi kecemasan dan juga rasa sakit yang dialami oleh ibu. Asuhan yang diberikan yaitu :Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu, Menjaga kebersihan diri, Mengipasi dan massase agar menambah kenyamanan ibu, Mengajak suami atau ibu mendampingi untuk memijat atau mengusap keringat, Mengatur posisi ibu sesuai dengan keinginan ibu, Menjaga kandung kemih tetap kosong dan

Mengajarkan teknik relaksasi kepada ibu saat ada kontraksi dengan tujuan mengurangi rasa sakit akibat kontraksi dan mengupayakan aliran oksigen ke janin tidak terganggu.

Pada kasus, Ny. "A" mengalami kontraksi yang semakin lama semakin sering kemudian pembukaan lengkap. Ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, vulva membuka dan perineum menonjol. Persiapan proses persalinan kala II ini yaitu memberitahukan cara meneran yang benar dan mengatur posisi ibu. Posisi yang dianjurkan adalah posisi setengah duduk. Yang diambil oleh Ny. "A" adalah posisi setengah duduk dimana menurut teori posisi tersebut dapat membantu turunnya kepala.

Pada Ny. "A" kala II berlangsung 1 jam his 4x.15"45" dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir dan menurut teori pada primigravida kala II berlangsung rata – rata 1,5 – 2 jam dan pada multipara rata – rata 0,5 - 1 jam. (Wakyani, 2015). Kasus pada Ny. "A" sesuai dengan teori, dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Kala III pada Ny. "A" berlangsung 15 menit, dimana segera setelah bayi lahir dan dipastikan tidak ada janin kedua dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU IM, melakukan PTT dan menilai pelepasan plasenta. Setelah ada tanda pelepasan plasenta berupa uterus globuler, tali pusat bertambah panjang dan ada semburan darah tiba-tiba lahirlah plasenta. Plasenta lahir lengkap pada pukul 12.45 WIB kemudian melakukan masase selama 15 detik. Menurut Sri dan Rimandini (2014) kala III merupakan tahap ketiga persalinan yang berlangsung sejak bayi lahir sampai plasenta lahir. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu adanya perubahan bentuk uterus, semburan darah mendadak dan tali pusat bertambah panjang. Proses kala III pada kasus ini berlangsung selama 1 Jam sesuai dengan teori proses biasanya pada primigravida berlangsung dalam waktu 1,5 – 2 jam setelah bayi lahir (Walyani, E. 2015). Hal ini disebabkan oleh penyuntikan segera setelah bayi lahir dan dipastikan tidak ada janin. Pengawasan kala IV berlangsung selama 2 jam pukul (12.50-14.50 WIB) dengan memantau tanda vital ibu, kontraksi, kandung kemih dan pengeluaran pervaginam. Pengawasan dilakukan setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua. Menurut Sari dan Rimandhini (2014) segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi sehingga perlu dilakukan pemantauan pada tanda vital (TD, Suhu, Pernafasan, Nadi) dan TFU setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua

kala IV, suhu dipantau paling sedikit satu kali selama kala IV dan mengosongkan kandung kemih setiap kali diperlukan. Dengan demikian pemantauan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori dan pemantauan dilakukan dengan menggunakan partograf. usia dan paritas merupakan faktor yang mendukung kuatnya kontraksi pada ibu bersalin. Pada usia ibu bersalin yang terlalu muda atau terlalu tua dan terlalu sering melahirkan, kekuatan kontraksi uterus mulai menurun sehingga akan memungkinkan lama persalinan akan mengalami perpanjangan dan dapat diikuti dengan retensio plasenta, pada kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan kematian pada ibu.(Manuaba, 2010). Persalinan yang lama dan sulit adalah persalinan yang disertai komplikasi ibu maupun janin.penyebab dari persalinan lama sendiri dipengaruhi oleh kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan serta pimpinan persalinan yang salah kematian ibu. Kematian pada saat melahirkan yang disebabkan oleh perdarahan dan infeksi.

Kehamilan terlalu muda beresiko bagi ibu dan juga bagi janinnya. Resiko bagi ibu antara lain adalah perdarahan pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi. Lebih mudah untuk mengalami abortus, kelahiran prematur, eklampsia/preeklampsia dan persalinan yang lama. Kemungkinan yang bisa dialami oleh janin yaitu lahir prematur, BBLR (berat saat lahir < 2500 gram) dan cacat janin.

Kehamilan di usia muda beresiko tinggi karena saat itu ibu masih dalam proses tumbuh akan terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu sehat antara 20 sampai 30 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologis dan sosial ekonomi.

3.8. Asuhan BBL

Telah lahir bayi laki – laki Ny A lahir di usia 40 mgg 3 hari secara normal, pada tanggal 22-11-2019 pukul 12.35 WIB. Bayi Ny A lahir dengan penilaian bayi menangis kuat, warna kulit kemerahan, tidak cacat, dan gerak aktif. DBJ : 146

x/mnt, S : 36.9 °C, R : 50 x/mnt. BB : 2,700 gram, PB : 49 cm, LIKA : 33 cm, LIDA : 31 cm. Pemeriksaan fisik normal. dan pada bayi baru lahir telah dilakukan manajemen bayi baru lahir sesuai dengan (Kemenkes RI, 2010) yaitu pengaturan suhu, pemotongan tali pusat, IMD, pencegahan perdarahan, dan pencegahan infeksi mata. Pada tanggal 28 November 2019 dilakukan KN II dan didapatkan keadaan umum baik, menangis kuat, gerak aktif, reflek hisap baik, BB 2800 gr, PB 51 cm, LK 33 cm, BAK (+), BAB (+), minum ASI. Kehamilan pada usia lebih muda (<20 tahun) berisiko terjadinya penyulit dankomplikasi saat persalinan, kehamilan pertama/primigravida berisiko 1,94 kali melahirkan bayi lahir rendah dibandingkan dengan multigravida (Jones, dkk., 2007). Terdapat kesenjangan antara data dan teori, bayi Ny A lahir dengan sehat dan normal. Efek usia terlalu muda dalam kehamilan terhadap bayi tidak ada yang terjadi.

3.9. Asuhan Ibu Nifas

Ny. "A" melakukan mobilisasi dengan miring ke kiri dan ke kanan segera setelah melahirkan dan turun sendiri dari tempat tidur ke kamar mandi setelah 2 jam melahirkan. Mobilisasi ini perlu dilakukan, karena dapat mencegah terjadinya tromboli dan *tromboemboli*. Mobilisasi ini dilakukan dengan cara melihat kondisi ibu.

Dalam masa ini, Ny. "A" telah mendapatkan 3 kali kunjungan nifas yaitu 6 jam post partum, 7 hari setelah persalinan dan 6 minggu setelah persalinan Hal ini sesuai dengan kebijakan teknis dalam asuhan masa nifas menurut Saleha(2009 : 6-7) yaitu kunjungan I (6 jam setelah persalinan), kunjungan II (7 hari setelah persalinan), kunjungan III (6 minggu setelah persalinan).

Pada kunjungan I (6 jam) TFU : 2 jari dibawah pusat. ibu diberikan Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu, mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Hal ini sesuai dengan kebijakan teknis dalam asuhan masa nifas menurut Saleha (2009 : 6).

Pada kunjungan ke II (1 minggu) pertengahan pusat dan symphysis, dilakukan pemeriksaan pada uterus untuk memastikan involusi uterus berjalan normal, pada Ny. "A" tinggi fundus uteri pertengahan pusat-symphysis, menilai tidak adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal pada ibu, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit serta memberikan konseling bagaimana cara menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari di rumah. Hal ini sesuai dengan kebijakan teknis dalam asuhan masa nifas.

Pada kunjungan ke III (6 minggu) yaitu TFU : tidak teraba memastikan proses involusi berjalan dengan baik, dan memastikan kesejahteraan bayi dan ibu Hal ini sesuai dengan kebijakan teknis dalam asuhan masa nifas, Ny. "A" memberikan konseling tentang KB suntik 3 bulan keuntungan dan kerugian menurut Saleha,(2009 : 7).

Setelah dilakukan kunjungan pada Ny "A" sejak kunjungan I sampai dengan kunjungan yang ke-III postpartum tidak ditemukan masalah sehingga penulis menyimpulkan bahwa asuhan yang diberikan kepada Ny "A" sesuai dengan teori dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek

3.10. Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana pada Ny. "A" dilakukan pada tgl 3 Januari 2020, dimana ibu sudah memutuskan untuk menggunakan metode KB suntik 3 bulan dikarenakan ibu ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang dan tidak mengganggu proses menyusui. Penulis memberikan informasi kepada Ny."A" tentang kontrasepsi KB suntik 3 bulan. cara kerja, keuntungan dan kerugian, efek yang mungkin bisa timbul dan cara mengatasi efek samping dari penggunaan kontrasepsiimplan tersebut. Ibu merasa mantap dengan pilihan metode kontrasepsinya dan optimis dalam menggunakan metode kontrasepsi ini.

Pada kunjungan keluarga berencana penulis melakukan kunjungan satu kali yaitu setelah 4 Minggu post partum. Hal ini sesuai dengan teori Sulystiawati (2011) Metode KB yang dianjurkan untuk usia terlalu muda pil KB, KB suntik, KB implant. tujuan dari program Kb yaitu untuk mengatur jarak kelahiran, dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Menurut teori Teknik penyuntikan harus diberikan dalam lima hari pertama masa menstruasi,, tidak diberikan kontrasepsi tambahan. Setelah itu suntikan selanjutnya diberikan setiap 12 minggu. Suntikan

harus diberikan secara intramuscular pada kuadran luar atas bokong, spuit yang sebelumnya telah diisi DMPA (depo medroksi progestin asetat) harus dikocok sebelum diberikan. Berdasarkan hal diatas, tidak terdapat kesenjangan dalam teori pada Ny A dikarenakan ibu menggunakan KB suntik.

