

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada hasil studi kasus ini, penulis menyajikan pembahasan dengan membandingkan antara teori dengan asuhan yang diterapkan pada Ny "D" mulai dari kehamilan TM III sampai dengan perencanaan penggunaan alat kontrasepsi. Berdasarkan hasil studi kasus Ny "D" yang dilaksanakan mulai tanggal 3 Desember 2020 sampai tanggal 21 Desember 2020, yaitu dari usia kehamilan 38 minggu 1 hari sampai dengan perencanaan kontrasepsi, penulis melakukan pembahasan yang menghubungkan antara teori dengan kasus yang dialami oleh Ny "D" serta opini penulis tentang kasus ini.

4.1 Asuhan Kehamilan

Pelayanan antenatal meliputi pemeriksaan kehamilan, upaya dalam menjaga kualitas kehamilan dan menghindari gangguan kesehatan baik ibu dan janinnya menjadi dasar Ny."D" untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Ny."D" telah melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 8 kali meliputi 2 kali kunjungan pada trimester I, 3 kali kunjungan trimester II, dan 3 kali kunjungan trimester III. Jumlah kunjungan ANC Ny."D" telah sesuai dengan teori bahwa pemeriksaan antenatal minimal 1 kali pada trimester satu, 1 kali pada trimester dua, dan 2 kali pada trimester ketiga. Jadi Ny."D" telah memenuhi kunjungan ANC dengan frekuensi sebanyak 8 kali.

Faktor resiko kehamilan yang dapat menyebabkan kesakitan bahkan kematian ibu dan anak menurut BKKBN (2010) ada "4 terlalu", yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat, terlalu banyak. Berdasarkan faktor resiko kehamilan, Ny."D" tidak termasuk dalam faktor resiko tersebut.

Dalam melakukan pelayanan ANC, ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan (Depkes RI, 2011). Dikenal dengan 10 T yaitu :

Pelayanan yang dilakukan pertama kali adalah timbang badan (BB), mengukur tinggi badan (TB) dan mengukur tekanan darah. Ny."D" mengalami kenaikan berat badan selama masa kehamilan dimana berat badan sebelum hamil yaitu 62 kg dan berat badan di usia kehamilan 39 minggu yaitu 72 kg. Dengan demikian kenaikan berat badan Ny."D" sama dengan teori (Saryono, 2010) yaitu kenaikan berat badan ibu normal rata-rata antara 6,5 kg sampai 16 kg, dimana berat badan Ny."D" mengalami kenaikan 7 kg selama masa kehamilan. Pengukuran tinggi badan Ny."D" adalah 160. Pengukuran tekanan darah Ny."D" dalam kondisi normal yaitu 100/80 mmHg. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole: 100/80-

120/90 mmHg (Mufdlilah, 2010). Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

Hasil pengukuran LILA Ny."D" adalah 30 cm termasuk dalam gizi normal. Mengukur lingkaran lengan atas, menurut Depkes RI (2010) ambang batas LILA WUS dengan resiko KEK di Indonesia adalah 23,5cm

Tinggi fundus uteri (TFU) pada Ny."D" selama kehamilan bertambah sesuai teori yaitu pada kehamilan 39 minggu TFU 35 cm didapati hasil TBJ 3.720 gram, dan tafsiran berat janin masuk dalam kategori normal. Menurut Spiegelberg (Kamus Kebidanan, 2017) yaitu pada usia kehamilan minggu ke-14- 15 (2 jari atas pusat), minggu ke-20-21 (13cm), minggu ke-24-25 (20cm), minggu ke-29 (22cm), minggu ke-33-34 (30cm). Berdasarkan rumus Johnson Toshack untuk menghitung tafsiran berat janin.

Pemeriksaan presentasi janin pada Ny."D" menggunakan metode Leopold, selama pemeriksaan ANC Ny."D" tidak mengalami masalah presentasi janin yaitu letak kepala. DJJ dalam batas normal yaitu 140x/menit.

Penulis juga menerangkan bahwa makanan dan gizi semasa hamil adalah kebutuhan nutrisi untuk kesehatan ibu dan pertumbuhan janinnya. Makanan yang diperlukan adalah gizi yang seimbang meliputi protein, karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral. Ny."D" menurut kebiasaan makannya yaitu 3x sehari dengan porsi nasi, sayur, dan lauk pauk, ibu juga sering mengonsumsi buah. Ibu mengaku saat hamil trimester 1 suka mengonsumsi susu hamil tetapi pada trimester III ibu tidak mengonsumsi susu hamil lagi karena ibu merasa mual apabila minum susu hamil. Dari kebiasaan makan Ny."D", terdapat ketidaksesuaian dengan kebutuhan gizi ibu hamil yaitu kurangnya konsumsi kalsium yang dianjurkan ibu hamil sebanyak 900-1.200 mg/hari atau setara dengan 3 gelas susu perhari. Jika kalsium tidak terpenuhi janin akan mengambil cadangan kalsium dari tulang Ibu, akibatnya rangka tulang akan cepat rapuh karena terjadi demineralisasi dan Ibu akan mengalami keropos tulang dini. Sedangkan dampak kekurangan kalsium secara langsung tidak ada. (Utami S. R, 2018).

Pemberian vaksin TT pada Ny."D" sudah lengkap. Menurut Saifuddin (2010), interval dalam memberikan imunisasi TT pada ibu hamil, yaitu TT1 pada kehamilan pertama kunjungan ANC pertama, 4 minggu kemudian setelah TT1, 6 bulan setelah TT2, dilanjutkan 1 tahun setelah TT 3 dan 1 tahun setelah TT4.

Pemberian minimal tablet Fe adalah 90 tablet selama kehamilan, Ny."D" sudah memenuhi kebutuhan Fe selama kehamilannya. Ny."D" memeriksakan laboratorium darah dan urin selama kehamilan ini sebanyak 1 kali yaitu : Hb 11,8 g/dl, HbsAg Non reaktif dan HIV non reaktif. Dari hasil pemeriksaan laboratorium

menunjukkan kadar haemoglobin (HB) Ny."D" dalam batas normal. HbsAg dan HIV menunjukkan hasil negatif.

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas, Ny."D" termasuk dalam faktor resiko tinggi terlalu banyak anak.

4.2 Asuhan Persalinan KALA I

Pada 17 Desember 2020 pukul 05.00 WIB, ibu datang bersama suami dan keluarga dengan keluhan kencing–kencing sejak jam 22.00 WIB dan barusan mengeluarkan lendir bercampur darah. Segera dilakukan pemeriksaan saat itu juga dengan hasil keadaan ibu baik dan janin baik, pemeriksaan DJJ 132*/menit teratur, dan kontraksi 4x10'45" teratur, serta dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan serviks 3 cm, efficemen 25 % ketuban utuh, bagian terendah kepala, moulage 1 yaitu tulang saling bersentuhan, bagian terdahulu UUK, di hodge III, dan tidak ada bagian kecil di sekitar bagian terendah kemudian diberikan asuhan persalinan kala I dan observasi persalinan kala I.

Baru dilakukan observasi Kala I 2 kali yaitu pada 11.00 WIB didapati 5x10' 50", DJJ 130 */menit ibu mengatakan sudah ingin meneran sepertakan BAB. Sehingga dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva vagina lendir darah, pembukaan 10 cm, effacement 100%, ketuban pecah spontan dengan warna jernih, bagian terendah kepala, bagian terdahulu: UUK berada di hodge III dan. tidak terdapat bagian kecil janin disekitar bagian terendah.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Marmi, 2012) mengenai tanda-tanda persalinan yaitu adanya his yang secara perlahan intervalnya semakin pendek, teratur dan semakin kuat, pengeluaran lendir bercampur darah, serviks menipis dan membuka, kadang–kadang terjadi ketuban pecah dengan sendirinya.

KALA II

Pada Kala II ibu mengatakan ingin mengejan, setelah dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan sudah 10 cm dengan effacement sudah 100%, disertai perineum yang tampak menonjol dan vulva yang membuka, ibu dipimpin untuk meneran saat ada kontraksi dengan didampingi oleh suami. Ketika jeda antara kontraksi ibu mengontrol pernapasan untuk mempersiapkan tenaga mengejan berikutnya, lama kala II yaitu 10 menit, tidak dilakukan tindakan episiotomi karena tidak ada indikasi, kala II berlangsung cepat dan tidak ada kendala. Bayi lahir seluruhnya pukul 11.25 dengan jenis kelamin perempuan, BB 3900 gram, PB 53 cm

penilaian sepiantas bayi menangis kuat, gerak aktif, kulit kemerahan, dan tidak cacat. Kemudian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini, dikarenakan adanya perdarahan dan tindakan KBI.

Hal ini sesuai dengan teori yang ada, pada kala II ibu akan merasa ingin mengejan dan seperti ingin BAB dengan adanya his yang terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1 ½ jam – 2 jam, pada multi ½ jam – 1 jam (Sukarni & Margareth, 2015).

Berdasarkan hal di atas, kala II Ny "D" masih dibatas normal, berlangsung ± 1 jam 25 menit. Berdasarkan teori yang ada ibu dengan bayi makrosomia dapat menyebabkan komplikasi saat persalinan yaitu distosia bahu. Pada kasus Ny. D tidak terjadi distosia bahu karena pada saat persalinan ibu diposisikan dalam posisi Mc. Robert untuk meminimalkan resiko yang terjadi. Menurut Chapman (2010) pada persalinan dengan manuver *Mc. Robert* dilakukan dimana posisi setengah duduk yang melibatkan hiperfleksi kaki ibu sampai menyentuh abdomen yang dilakukan dapat mengakibatkan adanya hiperfleksi panggul sumbu jalan lahir lebih pendek dengan sudut *inklinasi* berkurang dari 26° menjadi 10° walaupun diameter pelvis tidak berkurang sehingga menyebabkan rotasi *symphysis pubis* ke arah atas, sehingga sumbu jalan lahir yang ditempuh janin lebih pendek dan suplai O₂ ke janin berlangsung secara maksimal. Berdasarkan teori Jones (2010) teknik ini memberikan efektivitas keberhasilan yang tinggi dengan memberikan hasil keluaran yang baik pada ibu maupun janin (Utama & Dyah, 2011). Selain itu ukuran panggul ibu yang normal menjadi faktor utama keberhasilan persalinan, berdasarkan teori, pada panggul normal, janin dengan berat badan 4000-4500 gram umumnya tidak menimbulkan kesukaran persalinan. Distosia akan diperoleh apabila janin lebih besar dari 4500- 5000 gram atau pada kepala yang sudah keras (*postmaturitas*) dan pada bahu yang lebar (Nurchairina, 2017). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

KALA III

Selanjutnya pada pukul 11.25 WIB setelah bayi lahir, ibu memasuki persalinan kala III. Segera setelah bayi lahir, langsung dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU, saat dilakukan palpasi abdomen teraba TFU setinggi pusat, uterus globuler, ada semburan darah dari vagina dan tali pusat memanjang. Karena terjadi perdarahan pasca persalinan maka tidak dilakukan IMD. Melakukan pemeriksaan sumber perdarahan apakah perdarahan tersebut terjadi karena atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, inversion uteri, Kogulopati, rupture uteri. Dan penyebab perdarahan adalah Atonia Uteri. Kemudian memasang infus double line 1 RL drip Oksitosin 20-40 IU dan yang 1 RL kosong tanpa campuran apapun. Setelah itu melakukan tindakan KBI selama 5 menit kemudian perdarahan berhenti. Setelah perdarahan berhenti maka melakukan peregangan tali pusat terkendali. Plasenta lahir lengkap pada pukul 12.15 WIB, dilakukan massase fundus uteri, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba keras dan bulat, terjadi perdarahan abnormal ± 700 cc. Kemudian dilakukan evaluasi ada robekan perineum derajat 1, dilakukan *heating* sebanyak 3 jahitan. Lama kala III yaitu 10 menit.

Hal ini sesuai dengan pendapat WHO (2015), bahwa kala III dimulai setelah lahir bayi seluruhnya hingga lahirnya plasenta seluruhnya. Kala III terdiri dari pelepasan plasenta, dan pengeluaran plasenta yang tidak lebih dari 15 menit. Pelaksanaan manajemen aktif kala III persalinan oleh petugas kesehatan dapat menurunkan resiko perdarahan postpartum sebesar 52% dengan kata lain tidak dilakukannya manajemen aktif kala III persalinan dapat meningkatkan resiko perdarahan postpartum 2,08 kali lebih besar. (Susiaty, 2017).

Mengingat ibu dengan riwayat atonia uteri memiliki resiko terjadinya lagi perdarahan postpartum maka manajemen aktif kala III ini perlu dilakukan secara tepat sehingga menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif, dan dapat memperpendek waktu kala III persalinan serta mengurangi kehilangan darah sehingga meminimalisir terjadinya perdarahan postpartum.

KALA IV

Kala IV ibu merasa senang karena bayinya telah lahir dan ari – ari sudah lahir lengkap. Pengawasan kala IV berlangsung selama 2 jam dengan memantau tanda vital ibu, kontraksi, kandung kemih dan pengeluaran pervaginam. Pengawasan intensif dilakukan setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.

Menurut (Rohani, Saswita, & Marisah, 2011) 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.

Pemantauan Kala IV dilakukan sebagai sarana dalam mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan karena saat yang paling kritis pada ibu pasca melahirkan adalah pada masa 6 jam postpartum.

4.3 Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas pada Ny."D" dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali yaitu pada 6 jam pertama post partum, 4 hari post partum, dan 29 hari post partum. Hal ini telah sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa kunjungan masa nifas dilakukan sebanyak 3 kali. Sesuai dengan teori Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011). Menurut Kemenkes RI 2019, kunjungan masa nifas dilakukan sebanyak 3 kali, meliputi: K1 pada 6 jam-3 hari post partum, K2 pada 4-28 hari post partum, dan K3 pada 29-42 hari post partum. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada kunjungan I (6 jam post partum) saat melakukan anamnesa ibu mengeluh perut terasa mules dan nyeri pada luka jahitan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 37,2^oC, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan yang keluar berwarna merah (lochea rubra) dan laserasi pada perineum derajat 2 dan dilakukan penjahitan dengan anastesi. Menurut Depkes RI, 2016 kunjungan I dilakukan asuhan untuk memantau kesehatan ibu serta mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,

dilakukan pemantauan keadaan umum ibu, dan melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*Bonding Attachment*), serta mengupayakan ibu untuk melakukan ASI eksklusif. Asuhan yang diberikan yaitu mengajarkan ibu atau keluarga masase fundus uteri untuk mencegah terjadinya perdarahan akibat atonia uteri dan konseling tentang personal hygiene. Hal ini sesuai dengan kebutuhan yang perlu bagi ibu pada kunjungan I karena ibu mengalami laserasi pada perineum yang memerlukan pengetahuan mengenai personal hygiene sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada kunjungan II (4 hari post partum) saat melakukan anamnesa ibu mengeluh perut terasa sedikit mules. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,3° C, TFU pertengahan symphysis-pusat, kandung kemih kosong, perdarahan yang keluar berwarna merah kecoklatan (lochea sanguilenta), luka bekas jahitan tampak kering. Asuhan yang diberikan yaitu memastikan ibu menyusui dengan benar, memastikan involusi uterus normal, mengajarkan ibu mengenai senam nifas dan perawatan payudara serta memberikan konseling mengenai tanda bahaya masa nifas, dan membantu ibu memilih alat kontrasepsi yang sesuai. Pada kunjungan II asuhan yang diberikan adalah untuk memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal, menilai adanya tanda-tanda demam, dan infeksi, memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup, memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit (Depkes RI,2016). Selain itu peneliti melakukan konseling KB dan ibu mengatakan berencana akan menggunakan KB MOW. Hal ini sesuai dengan teori tujuan kunjungan II yaitu memastikan involusi berjalan dengan baik, dan memastikan ibu menyusui dengan baik. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

4.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny."D" lahir pada tanggal 17 Desember 2020 pukul 11.25 WIB beberapa saat setelah lahir bayi menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin bayi perempuan, berat badan 3900 gram, dan panjang bayi 53 cm. Setelah bayi lahir, penulis tidak menetekkan bayi pada Ny."D" atau melakukan proses Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Dikarenakan terjadinya perdarahan Pasca Persalinan dan dilakukan tindakan KBI. Kemudian melakukan penilaian pada bayi dengan hasil gerak aktif, warna kulit kemerahan, dan menangis kuat, melakukan perawatan tali pusat pada bayi dan menjaga kehangatan pada bayi, dan tidak memandikan

bayi segera setelah bayi lahir. Pada bayi Ny."D" penulis memberikan vitamin K 1 mg IM, salep mata sebagai profilaksis, memberikan Imunisasi HB 0 setelah satu jam pemberian vit K.

Menurut Sari (2014), Pemantauan bayi pada jam pertama setelah lahir yang dinilai meliputi kemampuan menghisap kuat atau lemah, bayi tampak aktif atau lunglai, bayi kemerahan atau biru, yang menjadi penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindakan lanjut, kunjungan neonatus dilakukan minimal 3x yaitu pada kunjungan I (6-8 jam pertama bayi baru lahir), kunjungan II (3-7 hari bayi baru lahir), dan kunjungan III (8-28 hari bayi baru lahir).

Kunjungan neonatus pada bayi Ny."D" dilakukan sebanyak 2 kali. Hal ini belum sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kunjungan neonatus dilakukan minimal 3x yaitu pada kunjungan I (6-8 jam pertama bayi baru lahir), kunjungan II (3-7 hari bayi baru lahir), dan kunjungan III (8-28 hari bayi baru lahir). Pada kunjungan I bayi Ny."L" dalam keadaan sehat. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil pernafasan 51x/menit, suhu 36,8⁰ C, nadi 115x/menit, panjang badan 53 cm, berat badan 3900 gram. Asuhan yang diberikan yaitu merawat tali pusat dengan kassa steril, membersihkan tubuh bayi dan menyelimuti dengan kain hangat. Hal ini sesuai dengan teori tujuan kunjungan neonatus I yaitu menjaga kehangatan bayi dan melakukan perawatan tali pusat sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada kunjungan II bayi Ny."D" dalam keadaan sehat. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil pernafasan 48x/menit, suhu 36,7⁰ C, nadi 116x/menit, berat badan naik menjadi 4000 gram. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan ASI pada bayi, konseling mengenai tanda bahaya bayi baru lahir, cara perawatan tali pusat, dan frekuensi pemberian ASI. Hal ini sesuai dengan teori tujuan kunjungan neonatus II yaitu melakukan perawatan tali pusat, memastikan bayi cukup ASI sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

4.5 Asuhan Keluarga Berencana

Pada kunjungan keluarga berencana penulis melakukan bersamaan dengan kunjungan kedua ibu. Penulis hanya memberikan asuhan mengenai macam-macam alat kontrasepsi dan efek sampingnya serta mengingatkan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi setelah masa nifas selesai .

Setelah diberikan konseling mengenai macam-macam alat kontrasepsi dan efek sampingnya, ibu disarankan menggunakan KB MOW. Menurut teori KB MOW

Adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang tersebut tidak akan mendapat keturunan lagi..

Dalam hal ini peneliti menyimpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.