

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan merupakan bagian inti dalam sebuah laporan kasus yang akan membahas tentang kendala selama melakukan asuhan. Pada bab pembahasan ini akan diuraikan tentang asuhan kebidanan yang telah dilakukan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*). Pembahasan ini dilakukan untuk menemukan kesenjangan antara teori dan praktik yang dilakukan kepada Ny, S dari masa kehamilan sampai dengan masa interval di PMB Sri Wahyuningsih atau Yayuk Broto, sehingga apabila ditemukan kesenjangan maka dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang tepat, efektif dan efisien serta diharapkan dengan kesenjangan dalam melakukan asuhan dapat meningkatkan Kembali pengetahuan dan perbaikan Kembali dalam melakukan asuhan kebidanan.

#### **5.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III**

Asuhan kebidanan pada Ny. S usia 31 tahun G3 P2002 Ab000 usia kehamilan 34-35 minggu dengan kehamilan fisiologis di PMB Yayuk Broto. Sesuai dengan teori usia reproduktif dan siap untuk dibuahi adalah umur 20-35 tahun. Berdasarkan teori tersebut, dapat disimpulkan bahwa usia Ny. S dalam kategori usia reproduktif dimana organ reproduksi sudah berfungsi dan siap untuk dibuahi. Hasil penelitian mengatakan bahwa hamil di usia produktif dapat meminimalisir kelahiran premature dan BBLR pada bayi serta perdarahan pada ibu yang dikarenakan kesiapan fisik dan psikologis ibu sudah matang (Astuti S. , 2017).

Dalam melakukan asuhan kebidanan, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan sesuai standar 10T yaitu timbang, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur Lila, ukur tinggi fundus, tentukan presentasi janin, dan denyut jantung janin, penentuan status imunisasi TT, pemberian tablet tambah darah, tes laboratorium, konseling dan tata laksana. Skor Poedji Rochjati dibagi menjadi 3 kategori yaitu kehamilan resiko rendah (KRR), dan kehamilan resiko tinggi (KRT), dan kehamilan resiko sangat tinggi (KRST), pada ibu hamil skor normal adalah 2.

Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan, mengukur Lila dilakukan saat kontak pertama kali, pengukuran tekanan darah setiap kali kunjungan, mengukur TFU dilakukan setiap kunjungan, DJJ dilakukan pada usia 20 minggu keatas sampai kunjungan terakhir, menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir TM 2 dan selanjutnya setiap kunjungan, penentuan status TT dilakukan untuk mencegah terjadinya neonatus neonatorum, pemberian tablet fe selama masa kehamilan adalah 90 tablet, diberikan bidan sejak kontak pertama, pemeriksaan lab dilakukan pada TM 1 dan TM 3, dan tata laksana (Astuti S. , 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian, menunjukkan Ny. S saat ini usia kehamilan 34-35 minggu yang didapatkan dari HPHT 22-06-2022, mempunyai keluhan nyeri pinggang bagian belakang yang dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Hal ini sesuai dengan teori Astuti (2017) pada trimester III, uterus semakin membesar serta gerakan janin yang semakin aktif dapat mengganggu kenyamanan fisik meliputi nyeri punggung, sering BAK dan dipsnea serta kecemasan terkait proses persalinan. Ny. S memiliki SPR 2, SPR dengan skor 2 merupakan kategori kehamilan resiko

rendah (KIA, 2020). Dapat disimpulkan bahwa Ny. S dalam kehamilan resiko rendah. Berdasarkan intervensi dari peneliti pada trimester III kepala janin sudah masuk rongga panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih yang menyebabkan ibu akan mengalami peningkatan frekuensi buang air kecil (Walyani, 2020). Hasil penelitian sesuai dengan hasil pengkajian bahwa Ny. S mengalami peningkatan frekuensi berkemih 7-8x/sehari.

Selama kehamilan Ny. S mengalami penurunan berat badan dan cenderung tetap dalam 2 kali pemeriksaan, yakni dari 65 kg menjadi 64 kg dan kemudian naik lagi 65 kg. Berdasarkan teori penambahan berat badan pada kehamilan trimester III idealnya 400-500 gram setiap minggu (Fitriahadi, 2017). Berdasarkan data yang didapat dari buku KIA dan juga hasil dari anamnesa, pada trimester I hingga trimester III, Ny. S memeriksakan kehamilannya lebih dari 6 kali. Menurut KIA (2022), pemeriksaan ANC pada trimester I minimal 1 kali, Trimester II minimal 1 kali, dan Trimester III minimal 3 kali. Dari data didapatkan hasil bahwa pemeriksaan kehamilan Ny. S telah lebih dari standar yang ditentukan. Hal ini menunjukkan partisipasi ibu untuk menjaga kehamilannya dengan periksa rutin sesuai arahan dari bidan. Dengan dilakukannya pemeriksaan kehamilan tersebut, diharapkan tingkat kesehatan ibu dan janin serta penyakit dan keluhan dapat segera tertangani secara dini oleh tenaga kesehatan.

Pada kehamilan Ny. S yang telah melewati HPL merupakan kehamilan dengan kehamilan lebih bulan. Namun secara teori pengertian kehamilan lebih bulan atau *Postdate* merupakan kehamilan yang lewat batas waktu yakni lebih 42 minggu. *Postdate* dapat mengakibatkan kematian perinatal jadi pada komplikasi ini

perlu dilakukan penanganan segera untuk mengurangi kematian ibu dan janin (Prawiraharjo, 2009). Masalah masalah pada *Postdate* dibagi menjadi beberapa kemungkinan yakni: serviks belum matang 70%, kecemasan ibu, persalinan traumatis akibat janin besar, pertumbuhan janin terlambat, dan oligohidramnion. Penilaian klinik awal pada kehamilan postdate adalah menilai pasien dan menilai janin dan memastikan bahwa janin hidup, pemeriksaan USG untuk menaksir berat janin, dan kematangan cairan amnion, pemeriksaan DJJ dan menilai kematangan serviks, evaluasi ulang umur kehamilan.

## **5.2 Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir**

### **Asuhan Kebidanan Persalinan**

#### **Kala I**

Proses persalinan Ny. S dimulai dari adanya tanda-tanda persalinan yaitu adanya kontraksi sejak pukul 04.30 WIB (11 April 2023) , ibu mengeluhkan kontraksi yang hilang timbul sejak pagi jam 04.30 WIB, gerakan janin aktif, belum mengeluarkan lender maupun darah, kontraksi menimbulkan rasa sakit di pinggang, daerah perut dan dapat menjalar ke pada (Indriyani, 2016)

Ibu datang ke RS pukul 09.30 WIB dengan tujuan periksa USG namun saat sampai rumah sakit ibu merasakan kenceng-kenceng beberapa kali, kemudian oleh bidan di VT dengan hasil pembukaan 3 cm, ketuban masih utuh. Pada saat itu ibu berada dalam masa inpartu kala 1 fase laten. Pada pukul 12.15 WIB Ibu merasakan perut terasa kenceng-kenceng dan sakit, terasa seperti ingin buang air besar, kemudian dilakukan pemeriksaan bahwa terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, hasil pemeriksaan dalam jam 12.15 WIB oleh Bidan RS

Wawa didapatkan v/v terdapat lendir bercampur darah, pembukaan 10 cm, Penipisan 100%, ketuban (-) jernih, pecah spontan saat dilakukan VT, bagian terdahulu kepala, bagian terendah ubun-ubun kecil arah jam 12 tidak teraba bagian bagian kecil dan berdenyut disekitar kepala, molage 0, hodge HIII-HIV. Hal ini menunjukkan lama kala 1 yang dihitung dari pembukaan 3 sampai pembukaan 10 cm berlangsung 2 jam 45 menit. Keadaan ini tidak sesuai teori yang menyatakan kala 1 persalinan terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Pada multi gravida kala 1 berlangsung 8 jam, dengan penambahan dilatasi minimal setiap jam adalah 1 cm (Indriyani, 2016). Hal ini merujuk pada partus presipitatus yang merupakan persalinan yang lebih pendek dari 3 jam. Kadang terjadi pada multipara yang diakibatkan oleh his yang kuat dan kurangnya tahanan dari jalan lahir (Nur, 2017). Pada Ny. S diduga dipengaruhi oleh kontraksi ibu yang adekuat, keadaan ibu selama persalinan dalam keadaan sehat dan asupan nutrisi juga terjaga (*Power*), penipisan serviks (*Passage*), dan keadaan janin baik, presentasi belakang kepala sehingga penurunan janin cepat dan berjalan lancar (*Passanger*).

## **Kala II**

Kala II dimulai dari adanya tanda-tanda persalinan yaitu dorongan kuat untuk meneran, tekanan pada anus, penonjolan perineum, vulva dan sfingter ani membuka (Indrayani & Djami, 2016). Pada kala II Kala II Ny.S berlangsung sekitar 15 menit. Lama kala II ini tidak sesuai dengan pendapat (Saifuddin, 2014). bahwa proses kala II biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multigravida. Kala II berjalan normal tanpa adanya kendala, dikarenakan ibu memiliki energi

yang cukup untuk meneran dan mematuhi saran bidan mengenai cara meneran yang benar serta adanya dukungan psikologis dari keluarga.

### **Kala III**

Pada kala III setelah dilakukan PTT, terjadi tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus globuler, ada semburan darah dan tali pusat bertambah panjang. Hal ini sudah sesuai teori yang menyatakan dalam kala III terjadi semburan darah dikarenakan pembuluh darah retroplasenter pecah saat plasenta lepas. Pemanjangan tali pusat dikarenakan plasenta turun ke segmen bawah uterus yang lebih bawah atau rongga vagina (Indriyani, 2016). Kala III berlangsung selama 7 menit setelah bayi lahir, plasenta lahir lengkap pada pukul 12.37 WIB. Hal ini sesuai dengan batas normal kala 3 yang berlangsung tidak boleh lebih dari 30 menit setelah bayi lahir (Saifuddin, 2014). Berdasarkan hal di atas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik dengan penatalaksanaan yang telah dilakukan. Bidan melakukan manajemen aktif kala III sesuai dengan standar sehingga kala III berjalan normal.

### **Kala IV**

Pemeriksaan kala IV berlangsung selama 2 jam pertama yaitu 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit 1 jam kedua,. Pemantauan ini bertujuan untuk mencegah perdarahan postpartum. Pada Ny. S Kala IV tidak ditemukan komplikasi, kontraksi baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan pervaginam sekitar 90 cc, tidak terdapat robekan perineum, terdapat pengeluaran lochea rubra. Pada pengkajian ibu dinyatakan tidak mengalami perdarahan pada kala IV. Ibu merasa lega bayi dan ari-arinya telah lahir dan ibu merasa senang tidak terdapat

robekan yang memerlukan jahitan pada jalan lahir. Pemeriksaan selama 2 jam meliputi pemantauan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadir suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, keadaan kandung kemih, perdarahan yang dianggap normal jika tidak lebih dari 500cc, serta mengajari ibu untuk melakukan masase uterus (Fitriana, 2018). Namun setelah bayi lahir di RS memiliki peraturan bahwa bayi baru lahir akan langsung dipindahkan di ruang perinatologi terlebih dahulu dan dilakukan perawatan terpisah dengan ibu selama kurang lebih 6 jam dengan pemantauan. Hal ini bertolak belakang dengan peraturan Kepmenkes RI no. 230 tahun 2010 tentang rawat gabung ibu dan bayi baru lahir. Hasil pengkajian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa hal tersebut dalam batas normal serta klien telah mendapat asuhan yang sesuai. Berdasarkan hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

### **Bayi Baru Lahir**

Bayi Ny. S lahir spontan pada tanggal 11 April 2023 pukul 12.30 WIB, Jenis kelamin Perempuan, berat badan lahir 3050 gram, 243cterus badan 47 cm, Lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 33 cm, pernapasan 50x/m, nadi 142x/m. By. Ny. S termasuk bayi sehat. Bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K dan diberi salep mata tetrasiklin 1%. Setelah 1 jam persalinan bayi diberikan imunisasi dasar yang pertama yakni HB0 di ruang perinatologi. Asuhan yang diberikan adalah mengenai menjaga kehangatan dan kebersihan bayi, dan perawatan tali pusat. Pada bayi baru lahir mempunyai kecenderungan spontan untuk mengalami stress fisik. Maka perlu dilakukan IMD pada 1 jam pertama dengan tujuan mendekatkan hubungan batin ibu dan bayi karena IMD terjadi komunikasi antara ibu dan bayi, suhu bayi dapat

stabil, refleks oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal, mempercepat produksi ASI karena sudah mendapat rangsangan isapan dari bayi lebih awal (Walyani, 2016). Pada bayi baru lahir juga tidak dilakukan rawat gabung, dimana bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. an menunjukkan bahwa tidak ada IMD antara ibu dan bayi. Berdasarkan hal ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

### **5.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas**

Masa mifas berlangsung 6 minggu atau 42 hari. Kebijakan dari pemerintah mengenai masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah masalah yang terjadi (Asih & Risneni, 2016). Pada masa nifas dilakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali yaitu 6 jam postpartum, 7 hari postpartum, 2 minggu, dan 6 minggu post partum.

Pada 6 jam postpartum, ibu mengatakan perutnya masih mulas, Kontraksi uterus baik (teraba keras), TFU 2 jari di bawah pusat, tidak ada distasis rektus abdominalis, terdapat pengeluaran spotting lochea rubra perdarahan 30 cc atau  $\frac{1}{2}$  pembalut nifas. Ibu sudah dapat BAK, mobilisasi ibu baik. Hal ini sesuai dengan teori yang dipaparkan oleh Asih & Risneni (2016) yaitu pada hari ke-1 sampai hari ke-3 postpartum lochea yang keluar adalah lochea rubra berwarna merah serta TFU 2 jari dibawah pusat hingga berlangsung selama 7 hari. Pada kunjungan pertama ibu mengeluhkan mulas, dimana ini adalah proses involsui yaitu proses kembalinya uterus ke dalam bentuk sebelum hamil sehingga setelah melahirkan ditandai dengan

masih adanya kontraksi. Rasa sakit ini disebut dengan *afterpain* disebabkan oleh kontraksi Rahim yang biasanya berlangsung 3-4 hari poastpartum.

Berdasarkan teori di atas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teor dan praktik rasa mules yang dikeluhkan oleh ibu adalah hal yang normal dikarenakan kontraksi yang terjadi untuk mengembalikan Rahim ibu ke bentuk semula seperti sebelum hamil.

Pada hari ke-6, keadaan ibu baik, hubungan ibu dan bayi baik, kontraksi uterus baik (teraba keras), TFU Pertengahan pusat dan simpisis, tidak ada diastasis rektus abdominalis, terdapat pengeluaran spotting lochea sangunoilenta, tidak terdapat jahitan di perineum. Hal ini sudah sesuai dengan teori yakni tinggi fundus uteri pada hari ke 3-7 postpartum adalah pertengahan pusat dan sympisis (Asih & Risneni, 2016).

Pada hari ke-28, keadaan ibu baik, hubungan ibu dan bayi baik, pengeluaran ASI lancar, ibu tidak ada keluhan, Kontraksi uterus baik (teraba keras) TFU tidak teraba, tidak ada diastasis rektus abdominalis, terdapat pengeluaran lochea alba, tidak terdapat jahitan perinieum. Tidak terdapat tand-tanda infeksi atau tanda bahaya masa nifas. Hal ini sesuai dengan teori Asih & Risneni (2016), yaitu pada 2—6 minggu postpartum lochea yang keluar adalah lochea alba yang mengandung luekosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Tinggi fundus uteri pada minggu ke 2 PP tidak teraba dan akan mengecil ke ukuran sebelum hamil di minggu ke 6.

Menurut penulis, masa nifas Ny, S berlangsung dengan normal. Hal ini disebabkan oleh asupan nutrisi selama masa nifas yang adekuat, personal hygiene

ibu baik, dan ibu patuh pada pemberian ASI saja selama 6 minggu dilakukan kunjungan nifas, sehingga dapat membantu involusi uteri dan tidak menyebabkan masalah pada payudara ibu. Ibu dan suami juga bersikap kooperatif dalam pelaksanaan penelitian ini, sehingga penulis dapat dengan mudah memberikan edukasi dan konseling, serta keikutsertaan suami dan mertua dalam membantu ibu merawat bayi dan menghadapi masa nifas baik.

Selama masa nifas ASI yang dikeluarkan ibu sangat lancar, dan penulis memberikan saran untuk menyusui bayinya 2 jam sekali atau sewaktu-waktu bayi ingin menyusui. Asuhan yang diberikan penulis meliputi perawatan bayi baru lahir, pijat oksitosin untuk memperlancar ASI, perawatan payudara, pemenuhan kebutuhan gizi ibu nifas, senam nifas, Teknik menyusui yang benar, dan KIE tanda bahaya masa nifas.

#### **5.4 Asuhan Kebidanan Neonatus**

Menurut Kemenkes (2020) pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau kunjungan neonatal (KN) tetap dilakukan. Waktu kunjungan yaitu KN 1 pada 6 jam-48 jam setelah lahir, KN2 pada 3-7 hari setelah lahir, KN3 pada 8-28 hari setelah lahir. Pada By. Ny. S usia 20 jam TTV bayi dalam keadaan normal pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, tali pusat masih basah dan tertutup kasa steril, Bayi telah diberikan ASI, sudah mendapatkan imunisasi HB 0, bayi sudah dimandikan dan bayi sudah BAK dan BAB. Hal ini sesuai dengan teori yang dipaparkan oleh Indrayani & Djami (2016), bahwa untuk menghindari terjadinya hipotermia, bayi dimandikan minimal setelah 6 jam persalinan, sebelum memandikan bayi pastikan suhu tubuh bayi stabil ( $36,5-37^{\circ}\text{C}$ ).

Pada usia 6 hari, TTV dalam batas normal muka tampak kekuningan , bagian tubuh tampak kemerahan, tali pusat masih basah tidak ada tanda tanda infeksi dan terbungkus kasa steril. Menurut teori warna kuning yang ditemukan pada bayi disebut ikterus umumnya muncul pada hari ke 3 sampai ke 14. Hal ini karena keadaan transisi pada bayi aterm yang mengalami peningkatan progresif pada kadar bilirubin. Ikterus dapat dicegah agar tidak semakin parah dengan menjemur bayi pada pagi hari setiap hari maksimal 30 menit dengan membuka pakaian bayi dan memberikan ASI eksklusif secara on demand.

Pada hari ke 28 TTV bayi dalam keadaan normal, BB bayi 3400 gram, bayi tidak mengalami icterus, tali pusat sudah lepas pada hari ke 9, bayi medapatkan ASI saja. Hal ini sesuai dengan teori bahwa berat bada bayi usia 2-4 minggu naik setidaknya 160 gram perminggu dengan minimal kenaikan total 800 gram. Dalam 5 minggu By,Ny S sudah mengalami kenaikan 400 gram dimana pertumbuhan bayi baik, pemberian nutrisi selama neonatus hanya menggunakan ASI.Maka sesuai dengan pernyataan diatas disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan dalam teori dan praktik.

### **5.5 Asuhan Kebidanan Pada Masa Interval**

Pada hari ke40, keadaan ibu baik ibu memberikan keputusan bahwa ibu akan menggunakan KB suntik 3 bulan. Sebelum diberikan kontrasepsi yang diinginkan, diberikan terlebih dahulu inform choice menggunakan media lembar balik (ABPK) atau Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber-KB yang berisi penjelasan metode kontrasepsi yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan ibu. Sebagai akseptor KB pasien harus tahu mengenai kelebihan dan kekurangan KB

suntik. Dilakukan penapisan dan pengkajian, Ny. S dapat menggunakan kontrasepsi metode hormonal yakni suntik 3 bulan. Menurut Saifuddin et al (2010), seorang wanita yang sedang menyusui dapat menggunakan jenis KB yang mengandung hormon progestin karena KB ini mempunyai keuntungan diantaranya tidak mempengaruhi produksi ASI.