BAB V

PEMBAHASAN

1. Intranatal Care

A. Data Subjektif

Berdasarkan hasil anamnesa, Ibu datang 03 februari 2020 pukul 12.30 WIB rujukan bidan PKM karena sudah keluar air-air pukul 05.30 WIB berwarna jernih tidak dapat ditahan namun belum merasakan mulas maupun keluar lendir darah. Menurut teori dari Sarwono dan Manuaba, Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan.[4,7] Bila ketuban pecah sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami Ketuban Pecah Dini.[4]

Pada usia kehamilan ibu yang didapat dari HPHT: 10 juni 2019 dan TP: 17 maret 2020 namun ibu tidak terlalu yakin dengan HPHT nya, apabila dihitung dari HPHT usia kehamilan ibu baru 34 minggu 3 hari namun ibu pernah melakukan USG pada usia kehamilan 28 minggu, didapatkan hasil USG 30 minggu, maka terdapat kesenjangan antara hasil USG dan HPHT ibu. Bidan menganjurkan untuk dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Pada kasus ini ibu dirujuk oleh bidan dengan analisa Ny. D, 19 tahun $G_1P_0A_0$ Hamil 34-35 minggu inpartu kala I Fase Aktif dengan KPD Preterm dan Anemia ringan. Hal ini sudah sesuai dengan teori pada buku asuan persalinan normal, disebutkan bahwa indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera salah satunya pada kasus ketuban pecah pada usia kehamilan kurang bulan harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.[6] Menurut teori Varney, Ketuban pecah dini juga dapat didefinisikan pecahnya ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memerhatikan usia gestasi.[22] Pada kewenangan bidan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan pasal 49, Bidan berwenang melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi

pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan. [14]

Dalam pengkajian identitas didapat bahwa pasien berusia 19 tahun, menurut tinjauan teori Affandi et al, kehamilan dan persalinan terbaik, artinya resiko paling rendah untuk ibu dan anak yaitu 20-35 tahun yang merupakan usia reproduksi sehat karena berkaitan dengan kematangan fisik serta kesiapan psikologis.[27]

Pada pengkajian ini, ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran dan gerakan janin aktif, karena ibu pernah mengalami KPD pada kehamilan ini maka akan beresiko terjadinya KPD pada kehamilan berikutnya. Menurut teori, wanita yang mengalami KPD pada kehamilan maupun menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.[8]

Menurut penelitian dari Renny, Faktor penyebab ketuban pecah dini dalam penelitian ini meliputi : serviks inkompeten, overdistensi uterus, kelainan letak, CPD, dan infeksi. Umur ibu bersalin berhubungan dengan serviks inkompeten, cephalo pelvic disproportion (CPD) dan infeksi dan tidak berhubungan dengan overdistensi uterus dan kelainan letak.[16] Ibu mengatakan pernah mengalami keputihan yang berwarna kuning kadang gatal dan berbau pada saat kehamilan 4 bulan sampai usia kehamilan 7 bulan namun ibu setiap memeriksakan kehamilan tidak pernah mengeluhkan keputihan yang ibu alami. Pada penelitian Zainal dan Yenni, berpendapat bahwa faktor infeksi sangat berpengaruh terhadap terjadinya KPD pada ibu hamil trimester III (faktor utama) sesuai dengan teori yang ada. Selain disebabkan oleh infeksi yang di tandai oleh keadaan demam pada ibu, juga disebabkan oleh keputihan yang dialami oleh ibu hamil baik sebelum hamil ataupun saat hamil, pada saat kehamilan terjadi perubahan fisiologis metabolisme pada ibu hamil yang menyebabkan lembab pada daerah genetalia ibu, ini disebabkan esterogen meningkat menjadikan mukosa vagina lebih gelap, sekresi vagina dan darah ke vagina berlebihan. Jika hal

tersebut tidak diperhatikan oleh ibu hamil dengan menjaga kebersihan pakaian dalamnya dan mengganti tiap kali basah maka hal itu bisa menyebabkan infeksi. Jika mengalami keputihan yang berwarna kuning, kental dan berbau tidak diobati maka bakteri vagina akan menginfeksi selaput ketuban bayi dan menyebabkan pecahnya selaput ketuban tersebut.[17]

Ibu mengatakan tidak pernah mengeluhkan keputihan yang ibu rasakan, dalam hal ini terlihat bahwa pentingnya pengkajian kehamilan diawal dengan pemeriksaan yang lengkap dan pengkajian yang lengkap berdasarkan ketidaknyamanan yang terjadi di setiap trimester sehingga bisa tergali keluhan yang tidak disampaikan oleh ibu dan memberikan intervensi yang tepat dari keluhan yang ibu rasakan. Hal ini sesuai dengan teori bahwa Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal yang komprehensif dan berkualitas yang di berikan kepada semua ibu hamil serta terpadu program lain yang memerlukan intervensi selama kehamilan. Tujuannya adalah untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas, sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat.[19]

Ibu juga mengatakan pernah terjatuh pada saat usia kehamilan 7 bulan dan keluar flek darah dari jalan lahir ibu yakni pada tanggal 27 desember 2019, ibu langsung memeriksakan kehamilannya ke klinik dokter dan ibu mengaku diberikan obat penguat diminum sehari sekali selama 1 minggu. Setelah itu ngeflek mengurang dan perlahan berhenti selama 3 minggu. Menurut penelitian dari Fifi, Trauma saat kehamilan cenderung mengalami ketuban pecah dini. Trauma tersebut dapat berupa benturan atau terjatuh pada saat kehamilan maupun hubungan seksual yang terlalu berlebihan.[18] Pada kewenangan bidan pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan BAB III Penyelenggaraan Keprofesian,Bagian Kedua Pasal 19 Ayat (3) d. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan; dan Pasal 20 Ayat (2) : b. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan[13]

B. Data Objektif

Pada kasus ini ibu sampai di Ponek RSU Kabupaten Tangerang pukul 12.30 dilakukan pemeriksaan meliputi: Tanda-tanda Vital yang didapat TD: 120/90 mmHg, N:88x/menit, P:21x/menit dan suhu 36.4ºC. Pada pemeriksaan fisik juga di dapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal maka ibu belum terdapat tanda-tanda infeksi dilihat dari suhu, terkena infeksi yang diakibatkan karena jalan lahir telah terbuka maka dapat terjadi infeksi intrapartal yang dikemukakan oleh Sarwono, jika terus dilakukan pemeriksaan dalam. Ibu akan lelah berbaring di tempat tidur partus akan menjadi lama, maka suhu badan akan naik, nadi bertambah tinggi dan tampaklah gejala infeksi lainnya seperti Korioamnionitis yang menunjukan adanya gejala seperti demam >38˚C, takikardi, leukositosis, nyeri uterus, cairan vagina berbau busuk, DJJ meningkat. Faktor resikonya adalah kelahiran prematur dan ketuban pecah lama [4]

Sebelum dirujuk, ibu sudah dilakukan pemeriksaan di Puskesmas. Hasil pemeriksaan saat datang ke puskesmas ibu dari usia kehamilan 34 minggu 3 hari didapat pembukaan 3 cm dengan TFU 27 cm dan dilakukan pemeriksaan penunjang protein urin dan Hb didapat ibu protein urine negatif dan Hb 9,9gr/dl kemudian ketika akan dilakukan rujukan ibu sudah pembukaan 5cm. Ketika sampai di RSU Kabupaten Tangerang diterima di IGD dengan keadaan ibu ingin mengedan, sebelum dilakukan pemeriksaan penunjang yang lain, ibu sudah tidak kuat mulas dan ingin mengedan kemudian didapat pembukaan lengkap. Sehingga belum sempat dilakukan pemeriksaan penunjang yang lain, ibu sudah dipindahkan ke ruang bersalin. Hal ini sesuai dengan teori Sulistyawati et al bahwa tanda persalinan yaitu Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan adanya kontraksi, merasakan peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina. Perineum menonjol, vulva dan spincter ani membuka.[1]

Di Ruang Bersalin didapatkan pemeriksaan, TFU : 29 cm, namun saat dilakukan pemeriksaan di Puskesmas didapatkan TFU 27 cm, hal ini terdapat perbedaan antara pemeriksaan TFU. DJJ : 144x/menit, regular, His

3x10'/45". Genetalia : Inspeksi : terdapat pengeluaran air-air berwarna jernih, terdapat pengeluaran lendir darah. Menurut teori tanda gejala Ketuban Pecah Dini adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.[28] Pemeriksaan dalam : portio tidak teraba, Pembukaan 10 cm, ketuban negatif. Menurut teori kala II persalinan dimulai sejak pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara.[1,24]

Bayi lahir pukul 12.50 WIB berjenis kelamin laki-laki. Setelah bayi lahir dilakukan pemeriksaan didapatkan TFU sepusat, uterus teraba keras dan globuler, tidak ada janin kedua, kandung kemih kosong. Genetalia terlihat semburan darah, tali pusat menjulur didepan vulva. Menurut teori lepasnya plasenta sudah dapat diperikirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai uterus menjadi berbentuk bundar, uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang dan terjadi pengeluaran darah. Sesuai dengan teori tinggi fundus uteri setelah bayi lahir yaitu setinggi pusat.[1,24]

Pemeriksaan setelah plasenta sudah lahir didapatkan TFU 2 jari dibawah pusat, teraba keras dan globuler, kandung kemih kosong. Genetalia terdapat pengeluaran darah ±200cc, terdapat luka laserasi derajat 2. Menurut teori kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1–2 jam. Dan pada pemeriksaan TFU sudah sesuai dengan teori setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.[1,24]

C. Analisa

Didapatkan diagnosa Ny.D, 19 tahun inpartu kala II dengan KPD. Hal ini di dapatkan pada saat dilakukan pemeriksaan objektif pasien sudah dalam keadaan pembukaan lengkap yaitu pembukaan 10 cm ketuban negatif dan ibu mengatakan sudah keluar air-air dirumah dan belum merasakan mules saat keluar air-air.

D. Penatalaksanaan

Setelah didapatkan bahwa pembukaan sudah lengkap, melakukan konsultasi dengan dokter sesuai dengan analisa pasien, didapatkan advice dari dokter yaitu pemberian deksametason pada pukul 12.33WIB 1x12mg

secara IV bolus dan antibiotik cefotaxim 2x1gr, dilakukan dulu skin test pada pukul 12.35 dan memberikan secara IV bolus setelah 10 menit tidak ada tanda-tanda alergi. Hal ini sesuai dengan teori dari Sarwono, penatalaksanaan KPD pada usia kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin. Dosis diberikan 12mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.[4] Untuk pemberian antibiotik, sudah diklarifikasi oleh CI ruangan bahwa antibiotik merupakan usaha preventif dalam penanganan KPD. Diberikannya deksametason pada hal ini karena dilihat dari usia kehamilan ibu yang belum cukup bulan maka diberikan untuk pematangan paru pada janin sesuai dengan teori bahwa pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru pada kehamilan kurang bulan.[8] menurut teori, antibiotik profilaksis diberikan untuk mencegah infeksi. *American College of Obstetrician & Gynecologists* (AOCOG) merekomendasikan pencegahan dengan pemberian antibiotika pada persalinan kurang dari 37 minggu, ketuban pecah lebih atau sama dengan 18 jam, temperatur ibu melahirkan lebih atau sama dengan 38˚C.[4]

Menurut teori, penanganan KPD jika usia kehamilan 32-37 minggu dan sudah ada tanda inpartu, tidak infeksi maka berikan tokolitik (salbutanmol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.[4] Pada kasus ini ibu datang sudah pembukaan lengkap sehingga tidak dilakukan induksi namun langsung dilakukan pertolongan persalinan sesuai langkah APN. Menurut teori kala II persalinan dimulai sejak pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir.[1] Bayi lahir pukul 12.50 WIB jenis kelamin laki-laki.

Setelah bayi lahir penatalaksanaan pertama yang dilakukan adalah memberitahukan ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin. Pukul 12.51 WIB menyuntikkan oksitosin 10IU secara IM di satu pertiga paha luar atas, lalu menjepit dan memotong tali pusat, setelah itu melakukan Penegangan Tali pusat Terkendali dan mengamati tanda-tanda pelepasan plasenta. Plasenta lahir pukul 13.05 WIB, melakukan massase uterus selama 15 detik fundus berkontraksi, memeriksa kelengkapan plasenta. plasenta lengkap. Sesuai dengan teori manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama yaitu

pemberian oksitosin 1 menit setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali dan massase fundus uteri.[1,6]

Pada kala IV penatalaksanaan pertama yang dilakukan adalah memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa terdapat luka laserasi dan akan dilakukan penjahitan. Melakukan penjahitan luka laserasi dengan anastesi lidocain 2% dicampur aquabides 1:1 dengan teknik jelujur dan satu-satu. Membersihkan ibu dan tempat tidur serta merapikan alat. Melakukan pemantauan tandatanda vital, perdarahan, kontraksi serta kandung kemih. Mengajarkan ibu untuk melakukan masase uterus melakukan advice dari dokter yaitu memberikan Syntocinon 10 iu pada RL 500 cc dengan 24 tpm untuk menjaga kontraksi tetap baik. Menurut teori dalam buku acuan asuhan persalinan normal pada kala IV dilakukan observasi keadaan ibu karena sebagian besar angka kejadian kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan persalinan terjadi pada 2jam pasca persalinan. Observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi dan pernafasan, kontraksi uterus,tinggi fundus uteri dan terjadinya perdarahan. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam selanjutnya (jam ke 2)[1,6]

2. Postnatal Care

A. Data Subjektif

Pada riwayat persalinan ibu melahirkan tanggal 03 februari 2020 pukul 12.50 WIB. Saat ini keluhan yang ibu rasakan yaitu ingin buang air kecil dan ibu belum melakukan mobilisasi, namun ibu sudah makan dan minum obat oral yang telah diberikan bidan.

B. Data Objektif

Pada hasil pemeriksaan terdapat Tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik dengan terdapat cairan infus RL 500 ml dengan oksitosin 10 IU atas advice dari dokter sisa cairan infus 350cc, pada genetalia terdapat luka laserasi pada mukosa vagina, komisura posterior kulit perineum dan otot perineum dan vagina yang masih basah. Pengeluaran darah kemerahan dari genetalia dalam batas normal. Sesuai

dengan teori Varney bahwa darah yang pertama kali keluar setelah persalinan sampai dua hingga tiga hari pascapartum adalah lochea rubra yang mengandung darah dan jaringan desidua.[22]

Pada kunjungan 6 hari postpartum didapatkan pemeriksaan pada payudara ibu bersih, puting menonjol dan pengeluaran ASI sudah cukup banyak bayi juga menyusu sering minimal 10x sehari, abdomen didapatkan TFU pertengahan pusat-sympisis, diastasis rekti 2/3. Menurut teori setelah 6 postpartum tinggi fundus uteri pertengahan pusat-sympisis, dan terdapat oedema pada kedua kaki. Pemeriksaan genetalia terdapat pengeluaran berwarna merah kecoklatan. Menurut teori pada hari ke 3–7 pascapersalinan akan keluar lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan berisi darah dan lendir. Pada pemeriksaan terhadap kaki ibu didapatkan bengkak masih terjadi, kaki ibu bengkak sejak kehamilan namun didapatkan dari hasil pemeriksaan protein urine di puskesmas hasilnya negatif. Menurut teori Coban & Sirin, Edema kaki atau pembengkakan pada kaki ditemukan sekitar 80% pada ibu hamil trimester III, terjadi akibat dari penekanan uterus yang menghambat aliran balik vena dan tarikan gravitasi menyebabkan retensi cairan semakin besar. Edema kaki fisiologis menyebabkan ketidaknyamanan, perasaan berat, dan kram di malam hari.[31]

Pada kunjungan 28 harin postpartum , kaki ibu sudah tidak bengkak, TFU tidak teraba, jahitan sudah mulai mengering dan terdapat lochea alba berwarna keputihan. Menurut teori setelah 10 hari postpartum tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Lochea alba cairan putih yang terjadi setelah 2 minggu pasca persalinan.

C. Analisa

Pada analisa didapat diagnosa Ny. D, 19 tahun P_1A_0 dengan laserasi derajat II. Sesuai dengan keadaan ibu yang baru melahirkan 1 kali dan tidak pernah keguguran. Menurut teori dari Manuaba, Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.[7] dan dari teori pada buku acuan persalinan normal bahwa laserasi derajat 2 ini merupakan luka laserasi pada mukosa vagina, komisura posterior kulit perineum dan otot perineum.[6]

D. Penatalaksanaan

Pada saat post partum, ibu mendapatkan terapi obat oral antibiotik Amoxilin, SF, dan Asam Mefenamat peroral. Yang diberikan pada pukul 14.30WIB. Asam mefenamat yang diberikan merupakan terapi analgetik untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu post partum. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Varney bahwa obat umum yang diresepkan pada masa postpartum diantaranya adalah analgesik untuk penghilang rasa nyeri, obat analgesik yang ibu dapatkan berupa asam mefenamat untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu postpartum, amoxicillin obat ini adalah obat antibiotik golongan penicillin. Obat ini berfungsi untuk membantu membunuh bakteri penyebab infeksi. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pembentukan dinding sel bakteri, sehingga bakteri yang dimaksudkan dapat dihilangkan dari tubuh. Obat SF berfungsi untuk menstabilkan darah yang hilang paska melahirkan dan mencegah terjadinya anemia pada masa nifas.[22]

Penatalaksanaan pada 2 jam postpartum yaitu memastikan kontraksi baik, menganjurkan untuk menjaga kebersihan luka jahitannya, mobilisasi dini, memenuhi kebutuhan nutrisi ibu nifas, eliminasi dan istirahat. Menurut teori dari Manuaba, setelah bayi dilahirkan uterus selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Otot rahim terdiri dari 3 lapis otot yang membentuk anyaman sehingga pembuluh darah dapat tertutup sempurna, dengan demikian terhindar dari perdarahan postpartum.[7] Maka sangat penting memastikan kontraksi tetap baik untuk mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan. Pada awal postpartum ibu mengalami perubahan besar dari fisik dan fisiologis membuat penyesuaian yang sangat besar baik terhadap fisik maupun psikisnya sebagai ibu nifas sehingga ibu butuh bantuan dalam masa pemulihan maka sebagai tenaga kesehatan kita harus memberikan asuhan yang komphrehensif untuk menjaga kesehatan ibu dan memberikan kebutuhan ibu saat masa nifas sesuai dengan teori kebutuhan ibu nifas yaitu nutrisi dan hidrasi, eliminasi, ambulasi dini, personal hygiene dan istirahat.

Pada hari pertama postpartum menganjurkan ibu menjaga kebersihan luka jahitan, mengganti pembalut jika sudah penuh dan mengajarkan cara membersihkan kemaluan yang benar yaitu dari depan ke belakang. Menurut teori dari varney, setelah melahirkan vagina ibu masih membuka lebar mungkin terdapat edema maupun memar, setelah satu hari sampai dua hari tonus otot kembali dan celah vagina tidak lebar dan tidak lagi edema.[22] Pada kasus ini ibu terdapat luka jahitan dan merupakan daerah yang tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering. Maka dari itu sangat penting menjaga kebersihan kemaluan dan luka jahitan karena luka jahitan membutuhkan waktu untuk sembuh, yaitu 7 hingga 10 hari dan Infeksi dapat terjadi, tetapi sangat kecil kemungkinanya jika luka perineum dirawat dengan baik[23]. Sesuai dengan teori kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi seperti menjaga kebersihan seluruh tubuh terutama perineum, mengajarkan cara membersihkan daerah kemaluan dengan sabun dan air dan dibersihkan dari depan ke belakang, mengganti pembalut sering jika sudah penuh, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan daerah kemaluan.

Sebelum pulang ibu di ingatkan kembali mengenai tanda bahaya masa nifas, bayi baru lahir, nutrisi ibu nifas, teknik menyusui dan perawatan tali pusat bayi. Karena ini merupakan persalinan pertama ibu dan merupakan hal yang baru dialami sebagai ibu nifas. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Sehingga ibu membutuhkan pengetahuan untuk merawat dirinya dan bayi. Sesuai dengan teori asuhan masa nifas salah satunya yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui serta pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.[23]

Pada kunjungan 6 hari ibu mengatakan tidak ada keluhan dalam masalah pemberian ASI, ASI keluar banyak dan bayi menyusu secara adekuat. Menurut teori Varney, laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan

hormon saat melahirkan. Wanita yang menyusui berespon terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu.[22] Menurut Ambarwati, Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar. Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu refleks prolaktin dan refleks aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.[26] Kaki ibu masih bengkak penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk meninggikan kaki saat tidur, tidak menggantungkan kaki saat sedang menyusui atau ketika duduk, dan menganjurkan ibu untuk merendam kaki di air hangat untuk mengurangi keluhannya. Menurut teori varney, diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah haluan utama untuk membuang kelebihan cairan interstisial cairan dan kelebihan volume darah.[22] Menurut Puwadi et al, rendam air hangat dan rendam air dingin efektif untuk mengurangi edema kaki. Suhu pada rendaman air hangat sangat mempengaruhi hasil dari terapi tersebut, suhu yang baik yaitu sekitar 36,6 – 43,3˚ C, dan air dingin 10-20˚ C.[32]

Pada kunjungan 28 hari asuhan yang diberikan yaitu menganjurkan ibu untuk ber-KB setelah masa nifas selesai. Keluarga berencana adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberi nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan, dan penjarangan kehamilan. Menurut Affandi et al, Ovulasi dapat terjadi dalam 21 hari pascasalin. Pada klien postpartum yang menyusui bayi masa infertilitas lebih lama. Namun, kesmbalinya kesuburan tidak dapat dipekirakan.[27]. Menurut teori varney, meskipun puerperium berakhir sekitar enam minggu, yang menunjukan lamanya waktu yang digunakan saluran reproduksi wanita kembali ke kondisi tidak hamil, kebanyakan ahli meyakini bahwa memungkinkan untuk mengevaluasi normalitas dan akhir puerperium pada minggun ke empat pascapartum. Bidan harus memilih interval yang paling tepat untuk komunitas yang dilayani, dan kebutuhan wanita termasuk kontrasepsi.[22.]

Sesuai dengan teori asuhan masa nifas yaitu salah satunya memberikan pelayanan keluarga berencana.

3. Neonatal Care

A. Data Subjektif

Menurut riwayat persalinan By. Ny. D lahir pada tanggal 03 februari 2020 pukul 12.50, menangis kurang kuat karena masih terdapat lendir, kemerahan, tonus otot aktif .

B. Data Objektif

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan berat badan bayi 2500gr dan panjang badan bayi 47cm. Menurut data anamnesa ibu yang didapatkan pada pengkajian, data didapat dari HPHT kehamilan ibu baru 34 minggu 3 hari. Terdapat ketidaksesuaian antara usia kehamilan dan pemeriksaan pada bayi, Maka dilakukan pemeriksaan penunjang yang lain untuk mengetahui usia kehamilan saat dilahirkan, dapat digunakan *ballard score*. Sistem penilaian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L. Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian neuromuskular dan fisik. Penilaian neuroskumular meliputi *postur, square windows, arm recoil, sudut popliteal, scraf sign,* dan *heel to ear manuver*. Pemeriksaan fisik yang diamati adalah kulit, lanugo,permukaan plantar, payudara, mata/telinga, dan genetalia. Pada pemeriksaan penunjang ballard score hasil penjumlahan penilaian neomuscular dan kematangan fisik berjumlah 35, postur tubuh (score ballard 3) telinga dengan bentuk baik, lunak, membalik seketika (score ballard 3), areola menonjol 1-2 mm (score ballard 2), sudut pergelangan tangan (score ballard 3), membaliknya lengan (score ballard 3), tanda selempang (score ballard 3), lipatan 2/3 anterior (score ballard 3), sudut popliteal (score ballard 3), tumit ke telinga (score ballard 3), lanugo halus (score ballard 2), tampak vena (score ballard 2), testis sudah turun dan guratan cukup jelas (score ballard 2). Hal ini sesuai seperti yang dijelaskan dalam teori, dalam table penilaian kematangan hasil 35 menunjukan usia kehamilan aterm (±38 minggu) berbeda dengan usia

kehamilan pada Ny. D menurut HPHT yaitu 34 minggu 3 hari, dari data ini kemungkinan Ny. D lupa mengenai HPHT.

C. Analisa

Dari hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan, didapatkan hasil diagnosa bayi Ny. D adalah Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan karena jumlah dari penghitungan ballard score menurut teori Dr. Jeanne L. Ballard, MD menyatakan bahwa bayi aterm.[12]

D. Penatalaksanaan

Pada saat bayi lahir menangis kurang kuat karena didapatkan masih banyak lendir sehingga bayi lahir di suction terlebih dahulu di infant warmer untuk mengurangi resiko hipotermi pada bayi. Menurut teori Marni, Bayi baru lahir (BBL) memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat dapat hidup dengan baik.[25] Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot. Kehilangan panas pada neonatus segera berdampak pada hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Dampak tersebut merupakan akibat peningkatan kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh usaha bayi baru lahir untuk membuat zona suhu yang netral.[22] Kemudian bayi dilakukan IMD, Menurut teori IMD ketika 1 jam IMD belum berhasil, bayi diangkat dan dipakaikan baju, Memberikan salep mata chloramphenicol 3,5 g untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata, pada pukul 13.52 WIB. Memberi penjelasan kepada ibu anaknya akan di beri vit.k untuk mencegah terjadinya pendarahan di otak. Menyuntikan phytomenadion 1 mg dipaha kiri bayi. Bayi menangis saat diberikan suntik vit K 13.53 WIB. Dan kemudian melakukan pemeriksaan fisik bayi setelah ibu dipindahkan bayi juga dipindahkan untuk rawat gabung bersama ibu.

Setelah 2 hari dirumah sakit, bayi dipulangkan bersama ibu dalam keadaan baik, sebelum pulang ibu diberikan KIE tanda bahaya bayi baru

lahir, imunisasi dan mengingatkan kembali mengenai pemberian ASI ekslusif dan harus menyusui bayi sesering mungkin.

Pada kunjungan hari ke 6 di dapatkan bahwa bayi kuning dari kepala sampai leher sejak hari ke 3 kelahiran, namun ibu sudah memeriksakan ke bidan dan mendapatkan saran dari bidan agar ibu menjemur bayi setiap hari dan disusui secara adekuat. Menurut teori dari varney, ikterus fisiologis adalah ikterus yang tidak terlihat dalam 24jam pertama dan meningkat pada puncaknya hari ketiga atau keempat kehidupan dan tidak akan terlihat pada hari ke 10.[22]

Pada hari ke 28, bayi sudah tidak kuning dan tali pusat sudah puput tidak ada keluhan lain mengenai bayi, maka penatalaksanaan yang diberikan pada kunjungan ini adalah tetap mengingatkan ibu untuk memberikan ASI ekslusif selama 6 bulan dan bayi disusui secara on demand, memberikan KIE mengenai perawatan bayi dirumah dan mengingatkan ibu untuk membawa bayi ke tenaga kesehatan untuk melakukan pemberian imunisasi BCG pada usia bayi 1 bulan. Sesuai dengan teori asuhan masa nifas salah satunya yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui serta pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

4. Faktor Pendukung dan Penghambat

a. Faktor pendukung
   1) Sarana dan prasarana RSU Kabupaten Tangerang cukup memadai. Pihak RSU Kabupaten Tangerang membantu dalam proses pengkajian.
   2) Pasien kooperatif saat dilakukan asuhan.

b. Faktor penghambat
   1) Jarak tempat tinggal pasien sulit dijangkau dalam melakukan asuhan lanjutan.
   2) Kelengkapan data dan konfirmasi kasus agak terhambat karena adanya wabah Covid 19.