

BAB V

PEMBAHASAN

1.1 Riwayat Asuhan Kebidana Kehamilan

5.1.1 Kunjungan Antenatal Care

Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 10 kali, dimulai pada usia kehamilan 12 minggu dilanjutkan melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester II sebanyak 4 kali dan pada trimester III sebanyak 5 kali. Ibu melakukan pemeriksaan USG yang dilakukan dokter obgyn sebanyak 2 kali yaitu satu kali pada trimester II dan satu kali pada trimester III

Menurut teori pemeriksaan kehamilan atau antenatal care dilakukan minimal 6 kali yaitu 2 kali dilakukan pada trimester I, 1 kali di trimester II dan 3 kali di trimester III. Minimal 2 kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di trimester I dan saat kunjungan ke 5 di trimester 3 (Kementrian Kesehatan RI, 2020)

Pemeriksaan dokter pada kontak pertama ibu hamil di trimester I bertujuan untuk skrining adanya faktor risiko atau komplikasi. Apabila kondisi ibu hamil normal, kunjungan antenatal dapat dilanjutkan oleh bidan. Namun apabila ada faktor risiko atau komplikasi maka pemeriksaan kehamilan selanjutnya harus ke dokter atau dokter spesialis sesuai dengan kompetensi dan wewenangnya. Pada pemeriksaan pertama oleh dokter, maka dokter harus menyimpulkan status kehamilannya (GPA), usia kehamilannya, taksiran persalinan, kehamilan normal atau kehamilann berkomplikasi (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

Menurut asumsi penulis, ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 10 kali sehingga sudah memenuhi kuantitas standar pemeriksaan kehamilan, namun tidak sesuai dengan distribusi pada trimester I yang dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan 2 kali termasuk memeriksakan diri pada dokter. Ibu mengetahui bahwa dirinya hamil setelah melakukan

pemeriksaan menggunakan test peck yaitu pada tanggal 21 Agustus 2022, kemudian ibu melakukan pemeriksaan kehamilan ke PMB 1 minggu yang akan datang yaitu pada tanggal 28 Agustus 2022. Hasil pemeriksaan bidan yaitu HPHT pada tanggal 12 Juni 2022, dan usia kehamilan saat pemeriksaan pertama adalah 12 minggu. Ibu mengaku tidak menyadari bahwa dirinya hamil karena ibu mengalami flek dalam jumlah yang sedikit dan ibu mengira bahwa flek tersebut merupakan haid. Sehingga ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester I hanya ke bidan dan dilakukan hanya satu kali.

Menurut asumsi penulis, salah satu upaya agar ibu mengetahui secara dini bahwa dirinya hamil yaitu bidan harus melakukan konseling mengenai tanda-tanda kehamilan. Apabila ibu sudah mengerti dan paham mengenai tanda-tanda kehamilan maka ibu akan segera melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan, sehingga kualitas layanan ANC akan tertatalaksana dengan baik dan sesuai yang di anjurkan oleh Kementrian Kesehatan RI.

5.1.2 Standar Pemeriksaan Antenatal Care

a. Penimbang berat badan dan tinggi badan

Ibu setiap melakukan pemeriksaan kehamilan selalu dilakukan penimbangan berat badan. Sedangkan pengukuran tinggi badan hanya dilakukan pada pemeriksaan kehamilan pertama. Kenaikan berat badan ibu selama kehamilan yaitu 11 kg. Status pra kehamilan ibu yaitu berada pada berat badan ideal karena IMT ibu adalah 20 kg/m^2 . Penilaian IMT didapatkan dari berat badan sebelum hamil di bagi tinggi badan kuadrat dan dalam satuan meter.

Pada trimester I kenaikan berat badan ibu kurang lebih yaitu 1 kg yang hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu. Pada trimester II sekitar 3 kg atau 0,3 kg/minggu, sebesar 60% dari kenaikan berat badan ini disebabkan dari pertumbuhan jaringan ibu. Pada trimester III sekitar 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu, sebesar 60% dari

kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin (Triana, 2019).

Peningkatan berat badan selama kehamilan sangat menentukan kelangsungan hasil akhir kehamilan. Bila ibu hamil kurus atau gemuk sebelum hamil akan menimbulkan resiko pada janin terutama apabila peningkatan dan penurunan sangat menonjol. Berat badan rendah sebelum hamil, serta penambahan berat yang adekuat merupakan penilaian langsung yang dapat digunakan untuk memperkirakan laju pertumbuhan janin. Jika penambahan berat ibu melebihi 20 kg, kemungkinan bobot janin terlalu besar. Ibu yang kurus dan selama kehamilan disertai penambahan berat badan yang rendah atau turun sampai 10 kg, mempunyai risiko paling tinggi untuk melahirkan bayi dengan BBLR (Ifalahma, 2015)

Menurut asumsi penulis, asuhan kebidanan kehamilan ibu mengenai penimbangan berat badan dan pengukuran berat badan sudah dilakukan pada pemeriksaan kehamilan. Tujuan dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan yaitu untuk mengevaluasi kondisi gizi yang dialami ibu dan risiko tinggi yang akan terjadi pada janin yaitu makrosomia dan BBLR. Hal ini sudah tertatalaksana dengan baik sehingga dampak yang mungkin akan terjadi pada ibu dapat dihindari.

b. Pengukuran tekanan darah

Selama 10 kali melakukan pemeriksaan kehamilan, ibu selalu dilakukan pemeriksaan tekanan darah. Tekanan darah pada pemeriksaan pertama pada usia kehamilan 12 minggu rendah yaitu 85/55 mmHg tetapi pada pemeriksaan selanjutnya masih dalam batas normal yaitu untuk systole berkisar antara 90 sampai 109 mmHg sedangkan untuk diastole yaitu berkisar antara 68 sampai 80 mmHg.

Pengukuran tekanan darah yaitu bertujuan untuk mendeteksi ada atau tidaknya hipertensi atau hipotensi. Normalnya tekanan darah adalah 90-120 untuk systole dan untuk diastole 60-80 (Permenkes, 2014)

Hipotensi merupakan keadaan tekanan arteri sistolik <90 mmHg atau tekanan diastolic <60 mmHg yang akan menyebabkan pusing, lemas, sakit kepala ringan, napas pendek dan nyeri pada dada, denyut jantung yang tidak beraturan, mual dan muntah, sangat haus, badan merasa dingin dan berkeringat, pandangan kabur, bingung dan sulit berkonsentrasi sampai terjadi pingsan (Fadlilah, 2020)

Menurut asumsi penulis, tekanan darah ibu pada trimester I (12 minggu) mengalami hipotensi karena tekanan darah ibu kurang dari batas normal yang disebabkan karena ibu kelelahan akibat perjalanan dari Lampung ke Cikampek. Namun pada pemeriksaan selanjutnya tekanan darah ibu berada dalam batas normal.

c. Pengukuran Lingkar Lengan (LILA)

Pada saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan, ibu dilakukan pengukuran Lingkar Lengan Atas dan hasilnya adalah 24,5 cm.

Pengukuran Lingkar Lengan Atas dapat dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu hamil. Ibu dianggap kekurangan energi kronis (KEK) apabila pada pengukuran LILA hasilnya <23,5 cm (Permenkes, 2014)

Tatalaksana melakukan pemeriksaan LILA yaitu ibu berdiri dengan menekuk siku tangan yang tidak dominan (90°). Kemudian mengukur pertengahan antara siku dan pangkal lengan bagian atas (acromion) dengan pita ukur LILA, selanjutnya memberi tanda pada pertengahan lengan. Meluruskan lengan tangan ibu dan melingkarkan pita di bagian tengah lengan. Membaca pita tepat di bawah tanda panah (Wahyuningsih and Tyastuti, 2016).

Menurut asumsi penulis, pengukuran LILA pada ibu selama hamil dalam batas normal sehingga status gizi ibu baik dan tidak KEK.

d. Status Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Ibu sudah mendapatkan imunisasi TT selama hamil sebanyak dua kali pada trimester II. Selisih antara penyuntikan TT I dan TT 2 yang dilakukan ibu yaitu 4 minggu 5 hari.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal (Permenkes, 2014)

Menurut asumsi dari penulis ibu sudah melakukan suntik TT sebanyak 2 kali pada masa kehamilan dan jarak antara TT1 dan TT2 yaitu 4 minggu 5 hari sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

e. Mengukur Tinggi Fundus Uteri

Ibu selama melakukan pemeriksaan kehamilan selalu dilakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri. Setiap dilakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri ibu selalu dalam batas normal atau sesuai dengan masa kehamilan.

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu (Permenkes, 2014)

Menurut asumsi penulis, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, karena setiap melakukan pemeriksaan kehamilan ibu dilakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri dan hasilnya dalam batas normal sesuai masa kehamilan.

f. Tentukan presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Presentasi atau bagian terendah janin yaitu kepala. Selama melakukan pemeriksaan kehamilan hasil detak jantung janin dalam batas normal, berkisar antara 133 kali/menit sampai 156 kali/menit dan presentasi atau bagian terendah janin yaitu kepala.

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya dilakukan setiap kali kunjungan antenatal care. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui letak janin. Apabila pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul artinya ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain (Permenkes, 2014)

DJJ normal yaitu tidak kurang dari 120 kali/menit dan tidak lebih dari 160 kali/menit. Apabila DJJ di bawah 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit maka menunjukkan bahwa adanya gawat janin. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya dilakukan setiap kali kunjungan antenatal care (Permenkes, 2014)

Menurut asumsi penulis, tidak ada kesenjangan teori dan kasus karena pada saat Ny.I melakukan pemeriksaan letak janin dan DJJ dalam batas normal.

g. Tablet Fe

Selama ibu melakukan pemeriksaan kehamilan, Total tablet Fe yang ibu dapat dari bidan yaitu 120 tablet.

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah atau tablet zat besi dan asam folat

minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak pemeriksaan kehamilan pertama (Permenkes, 2014)

Proses haemodilusi yang terjadi pada masa kehamilan dan meningkatnya kebutuhan ibu dan janin, serta kurangnya asupan zat besi lewat makanan mengakibatkan kadar Hb ibu hamil menurun. Untuk mencegah kejadian tersebut maka kebutuhan ibu dan janin akan tablet Fe harus terpenuhi (Prawirohardjo, 2016)

Dosis untuk pengobatan anemia diberikan bila kadar Hb <11, pemberian tablet Fe menjadi 2 tablet sehari (2x1) selama 90 hari masa kehamilan sedangkan kadar Hb < 10 maka pemberian menjadi 3 tablet sehari (3 x 1) selama 90 hari masa kehamilan, dan untuk anemia berat bisa dilakukan tindakan transfuse darah (Deswatil, 2019)

Menurut asumsi penulis, pemberian konseling mengenai asupan nutrisi yang cukup sangat penting bagi ibu hamil. Ibu hamil yang mengalami mual muntah di trimester I dianjurkan untuk makan dalam porsi sedikit namun sering dan menghindari makan-makanan yang berbau amis. tablet Fe dan asam folat telah sesuai dengan yang dianjurkan, hal tersebut sangat baik untuk masa kehamilan, perkembangan janin, persiapan kelahiran, nifas dan masa menyusui agar ibu tidak anemia. Pada trimester 1 ibu mengonsumsi tablet Fe hanya dari usia kehamilan 12 minggu dan pada saat ibu di diagnosa mengalami anemia sedang ibu hanya mengonsumsi tablet Fe 2 kali sehari padahal di dalam teori dianjurkan untuk mengonsumsi tablet Fe 3 kali sehari. Kasus anemia pada ibu belum tertatalaksana dengan baik karena ibu tidak patuh dengan anjuran dokter dan bidan untuk makan-makanan yang mengandung tinggi protein dan rutin minum tablet Fe, sehingga dampak anemia kehamilan pada ibu menyebabkan ketuban pecah dini.

h. Tes/Periksa Laboratorium

Pada trimester II ibu melakukan pemeriksaan laboratorium lengkap hasilnya yaitu Hb 8,3 gr%., HbsAg, HIV, Sifilis non reaktif dan protein, glukosa urine negatif. Selanjutnya pada trimester III ibu dianjurkan lagi untuk melakukan pemeriksaan Hb dan hasilnya 8,6 gr%.

Wanita hamil harus memeriksakan kadar hemoglobin darahnya setidaknya dua kali selama trimester pertama dan sekali selama trimester ketiga. Pengukuran kadar hemoglobin selama trimester kedua dilakukan atas dasar indikasi klinis. (Wahyuningsih and Tyastuti, 2016).

Berdasarkan asumsi penulis, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena menurut teori ibu hamil harus memeriksakan kadar hemoglobin darah minimal dua kali pada trimester pertama dan sekali pada trimester tiga namun ibu tidak melakukan pemeriksaan hemoglobin pada trimester I karena ibu memeriksakan kehamilan pertama pada usia kehamilan 12 minggu dan pada pemeriksaan kehamilan pertama juga ibu dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium lengkap di puskesmas, namun itu tidak melaksanakan anjuran bidan.

i. Tata Laksana Kasus dan Temu Wicara

Selama penulis melakukan pengkajian kepada ibu, penulis menemukan masalah yang dialami oleh ibu yaitu anemia karena pada pemeriksaan hemoglobin terakhir pada trimester III hasilnya yaitu 8,6 gr% . Selama kehamilan nafsu makan ibu berkurang dan lebih banyak mengonsumsi sayuran karena jika makan yang amis, berlemak dan jenis daging ibu merasa mual.

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal yang sudah dilakukan dan hasil pemeriksaan penunjang laboratorium, setiap kehamilan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan (Permenkes, 2014)

Ibu hamil memerlukan peningkatan nutrisi selama masa kehamilan yaitu 300 Kkal setiap hari, makanan dan gizi seimbang diperoleh dari karbohidrat, lemak, protein, serta vitamin dan mineral. Tambahan vitamin, baik B kompleks, vitamin A, vitamin C, vitamin E diperlukan ibu hamil untuk meningkatkan kebugarannya (Wahyuningsih and Tyastuti, 2016).

Untuk membentuk hemoglobin perlu lebih banyak zat besi. Dalam masa kehamilan, suplai zat besi dari makanan masih belum mencukupi sehingga dibutuhkan suplemen berupa tablet zat besi (Nurhidayati, 2015)

Menurut asumsi penulis, peran bidan dalam mengatasi pola nutrisi ibu hamil yaitu dapat berupa konseling mengenai pentingnya nutrisi selama kehamilan, komposisi nutrisi yang baik yang dibutuhkan ibu selama hamil agar mencukupi kebutuhan nutrisi selama hamil.

5.1.3 Perokok Pasif

Ibu mengaku tidak pernah merokok namun anggota keluarga yang tinggal serumah ada yang merokok yaitu suaminya. Selama hamil ibu sering mendekati suaminya yang sedang merokok. Dalam sehari suami ibu menghabiskan rokok 1 bungkus atau 12 batang.

Merokok dapat menyebabkan gangguan terhadap jaringan kolagen penyangga dinding amnion. Asap rokok mengandung 4000 bahan kimia yang 200 di antaranya mengandung racun (nikotin). Nikotin yang dihirup oleh perokok aktif dan pasif di dalam tubuh akan mengalami metabolisme menjadi kotinin. Kandungan di dalam asap rokok adalah radikal bebas yang dapat merusak komponen molekul utama sel tubuh dan akan mengganggu keutuhan sel dan menurunkan elastisitas selaput ketuban (Rahayu, 2017)

Kandungan yang ada di dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang bisa merusak komponen molekul utama sel-sel didalam

tubuh dan dapat mengganggu integritas sel, menurunkan elastisitas membrane, termasuk membrane amnion (Muntoha, 2013)

Hubungan respon dosis antara merokok dan KPD telah dilaporkan bahwa merokok lebih dari 10 batang per hari merupakan faktor risiko untuk KPD (Thombre, 2014)

Menurut asumsi penulis, merokok merupakan salah satu faktor penyebab ibu mengalami ketuban pecah dini. Penulis memberikan konseling kepada ibu dan suami agar ibu tidak mendekati suami pada saat merokok dan menganjurkan suami untuk merokok di luar rumah. Menganjurkan ibu untuk mengganti pakaian sehabis ibu terpapar asap rokok karena jika terhirup akan berdampak pada kehamilan.

5.1.4 Hubungan Seksual

Ibu dalam 1 minggu frekuensi melakukan hubungan seksual yaitu 1 kali, posisi ibu diatas dan terakhir melakukan hubungan seksual yaitu 3 hari yang lalu (7 Maret 2022) dan setelah melakukan hubungan seksual ibu tidak mengeluh apapun

Posisi seksual yang tepat tergambar jika hubungan intim tersebut dilakukan dengan frekuensi 1 kali seminggu, posisi ibu berada diatas, posisi miring, posisi menungging, dan penetrasi penis diluar sehingga tidak menekan perut ibu sedangkan pola seksual yang tidak tepat jika frekuensi > 3 kali, posisi ibu berada dibawah dan penetrasi penis yang dalam sehingga menekan perut ibu (Handayani, 2017)

Menurut asumsi penulis, hubungan seksual yang dilakukan ibu dan suami sudah tepat dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Wanita hamil boleh melakukan hubungan seksual selama perutnya tidak tertindih saat berhubungan karena posisi yang paling baik yaitu tidak menekan perut ibu hamil.

5.1.5 Keputihan

Ibu mengaku mengalami keputihan di kehamilan trimester III dari usia kehamilan 32 minggu sampai 36 minggu. Keputihan yang ibu alami yaitu berwarna putih susu, tidak berbau, dan tidak gatal.

Faktor infeksi sangat berpengaruh terhadap terjadinya KPD pada ibu hamil trimester III (faktor utama). Selain disebabkan oleh infeksi yang ditandai oleh keadaan demam pada ibu, juga disebabkan oleh keputihan yang dialami oleh ibu hamil baik sebelum hamil ataupun saat hamil, karena saat hamil suhu tubuh ibu 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 (Alim, 2016)

Ketuban pecah dini disebabkan karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan dari intra uterine atau tekanan disekitar rahim sehingga selaput ketuban melemah dan menipis akhirnya mudah pecah. Berkurangnya kekuatan dari membrane dapat disebabkan karena adanya infeksi yang berasal dari vagina dan serviks. (Kristina, 2020).

Berdasarkan data yang ditemukan dapat disimpulkan bahwa keputihan yang ibu alami masih tergolong keputihan yang fisiologi, agar keputihan yang dialami tidak menjadi keputihan yang patologis maka bidan dapat melakukan konseling agar ibu selalu menjaga kebersihan vagina yaitu dengan cara mengganti celanan dalam jika sudah terasa lembab atau tiap kali basah.

5.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada pukul 01.05 WIB dilakukan pemeriksaan di RSUD Karawang hasilnya yaitu TFU 28 cm, his 1x/10 menit dengan durasi 10 detik, DJJ 140 kali/menit, dilakukan pemeriksaan dalam dan belum ada pembukaan. Penulis melakukan skin test menggunakan obat ceftriaxone, pemberian ceftriaxone 1 gram dioplos dengan 10cc aquabides diberikan sebanyak 0,5 cc secara intravena, jika dalam 15 menit tidak ada tanda-tanda alergi kemudian sisa ceftriaxone di berikan melalui bolus dengan infus RL 500 ml. Kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang Laboratorium CTG dan USG.

Penulis memberrikan dukungan dan semangat agar ibu tidak cemas. Mengajarkan ibu dan suami untuk melakukan stimulasi puting susu dengan cara mengusap salah satu atau kedua putting dengan lembut agar membantu proses terjadinya kontraksi pada rahim.

Pada pukul 04.00 WIB penulis melakukan induksi persalinan yang pertama menggunakan misoprostol 25 µg secara intravaginal di forniks posterior setiap 6 jam dan maksimal pemberian sebanyak 4 kali.

Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat menjadi masalah penting dalam obstetri karena berkaitan dengan penyulit kelahiran yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu. Ketuban Pecah Dini (KPD) atau *Premature Rupture Of Membrane* (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum adanya proses persalinan. Hal ini bisa terjadi pada kehamilan preterm atau usia kehamilan kurang dari 37 minggu, maupun kehamilan aterm. (Riyanti dan Legawati, 2018)

Berdasarkan SOP RSUD Karawang No. 024.03.034 No.Revisi 04 upaya pelayanan dan keselamatan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, dilakukan anamnesa (keluar air dari vagina, hamil 20 minggu atau lebih, kontraksi rahim mungkin ada mungkin tidak). Pemeriksaan fisik

yaitu dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, perhatian terutama pada suhu badan, tinggi fundus uteri letak dan presentasi janinnya turunan bagian terbawah janin, kontraksi rahim, denyut jantung rahim, inspekulo (tampak cairan keluar dari ostium uteri eksternum). Pemeriksaan penunjang yaitu dilakukan tes kertas lakmus (lakmus merah menjadi biru), leukosit >15.000 menunjukkan infeksi, USG (membantu menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak dan gradasi plasenta dan jumlah air ketuban) dan pemeriksaan CTG untuk mendeteksi adanya gawat janin. Pemberian antibiotic jika ketuban pecah > 6 jam. Pemberian induksi dilihat dari hasil laboratorium apakah tingkat infeksiya tinggi atau tidak. Jika tinggi maka pasien harus lahir secara seksio sesarea namun jika skor pelvic <5 maka dilakukan induksi menggunakan misoprostol namun jika skor pelvic >5 maka dilakukan induksi menggunakan oksitosin (RSUD Karawang, 2016)

Pemeriksaan dalam adalah manipulasi dari jari tangan pemeriksa yang dimasukkan ke dalam vagina. Pemeriksaan dalam dapat memicu terjadinya KPD karena terdapat risiko masuknya infeksi ke dalam vagina yang dapat merusak selaput ketuban sehingga membrane selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Suriani, 2021).

Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotic dosis tinggi dan persalinan diakhiri (Soewarto, 2016)

Pada keadaan serviks yang belum matang dan kurang mendukung, proses pematangan tentu sangat dipertimbangkan sebelum melakukan induksi. Misoprostol selain memiliki efek uterotoniknya juga memiliki efek pada serviks yang sangat berguna pada serviks dengan skor bishop < 5 (Permana, 2014)

Salah satu cara efektif untuk merangsang kontraksi uterus adalah dengan stimulasi puting susu dengan cara mengusap salah satu atau kedua puting dengan lembut, berhenti selama ada kontraksi dan mengusapnya lagi sesudah kontraksi berhenti. Merangsang puting menyebabkan keluarnya oksitosin yang menimbulkan kontraksi rahim. Apabila terjadi rangsangan mekanisme ujung syaraf pada puting susu dan areola mammae, rangsangan itu nantinya akan diteruskan ke bagian hipotalamus dan menyebabkan hipofise posterior mensekresikan oksitosin ke dalam peredaran darah antara lain myometrium (Handajani, 2016)

Menurut asumsi penulis, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, penegakan diagnosa ketuban pecah dini di RSUD karawang yaitu dilihat dari hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan penunjang sesuai SOP yang ada. Namun di RSUD karawang tidak lagi dilakukan pemeriksaan kertas lakmus dan pemeriksaan inspekulo karena sudah dilakukan di rumah sakit rujukan sebelumnya.

Berdasarkan kasus tersebut, didapatkan penatalaksanaan ketuban pecah dini di RSUD Karawang ada kesenjangan antara teori dan kasus, karena ibu dilakukan pemeriksaan dalam, seharusnya pasien dengan KPD tidak boleh dilakukan pemeriksaan dalam karena akan beresiko menyebabkan infeksi.

Menurut penulis, tindakan yang dilakukan ada kesenjangan antara teori dan kasus karena pemberian antibiotic yang dianjurkan di SOP yaitu jika ketuban pecah > 6 jam, namun penatalaksanaan di lapangan ibu baru mengalami ketuban pecah dini 3 jam sudah di berikan antibiotic. Kemudian penulis konfirmasi ke dokter mengapa ibu baru mengalami ketuban pecah dini selama 3 jam sudah diberikan antibiotic dan jawaban dari dokter yaitu pada kasus ketuban pecah dini harus

sesegera mungkin diberikan antibiotik untuk mencegah secara dini terjadinya infeksi.

Berdasarkan kasus yang didapatkan penatalaksanaan ketuban pecah dini di RSUD Karawang sudah sesuai dengan teori, bahwa tindakan yang dilakukan pada ibu dengan usia kehamilan lebih dari 37 minggu yaitu dilakukan induksi menggunakan oksitosin atau misoprostol.

5.2.1 Kala I

Pada kasus ini pembukaan ibu <5, menurut sarwono penatalaksanaan ketuban pecah dini yang tepat untuk ibu yaitu secara aktif karena usia kehamilan ibu sudah memasuki 38 minggu 5 hari. Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal lakukan seksio sesarea. dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotic dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

Skor pelvik pada ibu yaitu 2 menurut teori apabila skor pelvik < 5, maka dilakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Namun pada tindakan di RS ibu langsung dilakukan tindakan induksi. Setelah dikonfirmasi kepada dokter, alasan di lakukan induksi yaitu karena usia kehamilan ibu yang sudah cukup bulan dan belum ada tanda-tanda persalinan tetapi ketuban ibu sudah pecah 6 jam, untuk meminimalisir terjadinya komplikasi maka ibu harus segera melahirkan bayinya.

Menurut teori pada Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir 2019, persalinan kala I dimulai sejak terjadinya his yang teratur dan adekuat sampai pembukaan lengkap 10 cm. Lamanya kala I persalinan untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Ditandai dengan tanda-tanda persalinan kala I yaitu: Rasa sakit adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur. Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena

robekan kecil pada serviks. Serviks mulai membuka (*dilatasi*) dan mendatar (*effacement*).

Menurut Modul BPPSDMK Asuhan Kebidana Persalinan dan Bayi Baru Lahir tahun 2016, pada kala I terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, pembukaan serviksnya 1 cm – 3 cm. Sedangkan fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm – 10 cm pembukaan lengkap. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm perjam dan pembukaan multigravida 2 cm perjam.

Menurut teori Asuhan Sayang ibu pada Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada persalinan pada tahun 2019, melakukan pencegahan infeksi untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi, menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.

Menurut asumsi penulis, selama penulis melakukan pemantauan kala I persalinan, setiap 30 menit sekali durasi his yang dialami oleh ibu selalu meningkat, karena his yang dirasakan oleh ibu sangat baik. Serviks membuka 3 cm dengan kecepatan 2 cm perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm), dan terjadi penurunan bagian terendah janin. Penulis telah melakukan observasi kala I persalinan menggunakan partograf serta penulis sudah melakukan asuhan dengan prinsip sayang ibu.

5.2.2 Kala II

Ibu mengatakan mulas-mulas yang semakin sering dan merasakan seperti ingin BAB kemudian pukul 14.00 WIB dilakukan pemeriksaan dan hasilnya DJJ 136 kali/ menit, his 4x10'x40'' dan pembukaan sudah lengkap (10 cm). Lalu melihat adanya tanda gejala kala II seperti perineum menonjol, vulva vagina membuka, tekanan anus dan dorongan

mengejan. Hal tersebut menunjukkan bahwa ibu sudah memasuki kala II persalinan. Kala II pada ibu berlangsung selama 35 menit dari pukul 14.00 - 14.35 WIB.

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Kurniarum, 2016).

Selama kala II persalinan asuhan yang diperlukan ibu yaitu meningkatkan rasa aman dengan memberikan dukungan dan menumbuhkan rasa kepercayaan serta keyakinan pada diri ibu bahwa ibu mampu untuk melahirkan, membimbing pernafasan yang adekuat, membantu posisi meneran sesuai dengan pilihan ibu, meningkatkan peran serta keluarga, menghargai anggota keluarga atau teman yang mendampingi, melakukan tindakan-tindakan yang membuat nyaman seperti memijit pinggang dan mengusap dahi, melibatkan keluarga, memperlihatkan pemasukan nutrisi dan cairan ibu dengan memberikan makan dan minum, menjalankan prinsip pencegahan infeksi, mengusahakan kandung kemih kosong dengan cara membantu ibu dan memacu ibu mengosongkan kandung kemih secara teratur (Yulizawati, 2019)

Pemantauan kesejahteraan ibu pada kala II persalinan yaitu mengevaluasi HIS ada berapa kali terjadi dalam 10 menit, lamanya HIS dan kekuatan HIS, mengkaji keadaan kandung kemih ibu, mengevaluasi upaya meneran ibu, pengeluaran pervaginam serta penilaian serviks meliputi pendataran serviks dan pembukaan serviks. Pemantauan kesejahteraan janin dalam kala II persalinan yaitu penurunan kepala, presentasi dan sikap, mengkaji kepala janin ada atau tidaknya caput/molage, DJJ meliputi frekuensi, ritme dan kekuatannya, air ketuban meliputi warna, bauran volume (Yulizawati, 2019)

Menurut asumsi penulis, kala II yang dialami oleh ibu berlangsung cepat dari seharusnya, hal ini disebabkan karena cara meneran yang dilakukan ibu sesuai dengan yang diajarkan. Tenaga ibu juga sangat bagus serta kesiapan dan dukungan dari suami terhadap ibu sangat baik sehingga berpengaruh dalam keberhasilan berlangsungnya kala II persalinan yang cepat. Asuhan kala II persalinan yang dilakukan juga sudah sesuai dengan SOP RSUD Karawang, jadi persalinan ibu berlangsung dengan lancar tanpa adanya hambatan.

5.2.3 Kala III

Bayi lahir spontan segera menangis pukul 14.35 WIB jenis kelamin perempuan, warna kulit kemerahan dan tonus otot aktif, ibu sudah memasuki fase persalinan kala III. Memberitahu kepada ibu dan suami bahwa bayi telah lahir dan saat ini akan melahirkan plasenta atau ari-ari. Memeriksa tidak ada bayi kedua dan menilai kontraksi uterus. Kemudian ibu disuntik oksitosin sebanyak 10 iu di 1/3 paha atas bagian luar ibu untuk mengurangi perdarahan dan membantu kontraksi. Melakukan penjepitan tali pusat dengan 2 klem, sekitar 3 cm dari umbilicus bayi, kemudian melakukan pengurutan tali pusat kearah ibu dan memotong klem diantara kedua klem tersebut. Memindahkan klem 5 cm didepan vulva.

Melakukan penegangan tali pusat terkendali dengan tangan kiri berada di pinggir atas simpisis dengan menekan uterus secara dorsokranial dan tangan kanan meregangkan tali pusat pada saat kontraksi. Setelah melakukan PTT kedua terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta yang meliputi tali pusat memanjang, uterus membulat, semburan darah tiba-tiba kemudian melahirkan plasenta dengan menarik tali pusat kearah bawah secara perlahan kemudian ke atas hingga plasenta tampak di vulva lalu pegang plasenta dengan kedua tangan dan putar searah jarum jam tujuannya yaitu untuk mencegah

robeknya selaput ketuban. Plasenta lahir pukul 14.45 WIB. Melakukan masase uterus selama 15 detik segera setelah plasenta lahir sampai uterus teraba keras.

Persalinan pada kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban berlangsung selama 30 menit. Kala III juga biasa disebut dengan kala pengeluaran plasenta atau kala uri. Pemberian oksitosin dilanjutkan peregangan tali pusat terkendali. Pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi pendarahan (Kurniarum, 2016)

Menurut asumsi penulis, pada penatalaksanaan kala III penulis sudah melakukan asuhan pada ibu dan hasilnya dalam batas normal, tidak ditemui adanya komplikasi dan penyulit.

5.2.4 Kala IV

Pada pukul 14.45 WIB plasenta lahir lengkap, Ny.I memasuki persalinan kala IV. Selama kala IV penulis melakukan asuhan pada ibu yaitu massase uterus selama 15 deik dan memastikan kontraksi uterus baik, melakukan pengecekan plasenta dan hasilnya plasenta dan selaput lahir lengkap, melakukan pengecekan laserasi jalan lahir yaitu terdapat laserasi jalan lahir derajat II hingga melaksanakan pengamatan pada kala IV hingga 2 jam. Pengamatan kala IV dilakukan dalam waktu 2 jam dengan 1 jam pertama setiap 15 menit sekali dan untuk 1 jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit sekali untuk memeriksa nadi, tekanan darah, tinggi fundus uteri, suhu, perdarahan, kandung kemih dan kontraksi uterus. Selama pemantauan kala IV terlihat kondisi ibu baik.

Kala IV persalinan ditandai dengan keluarnya plasenta dan berakhir setelah dua jam plasenta dikeluarkan. Pada Kala ini, pemeriksaan atau observasi secara intensif dilakukan terhadap perdarahan. Dilakukan juga pemantauan satu jam pertama 15 menit

setelah kelahiran plasenta, dan pada jam kedua 30 menit setelah persalinan. (Kurniarum, 2016).

Pemantauan dan asuhan pada kala IV persalinan adalah merangsang uterus berkontraksi dengan rangsangan taktil pada uterus, mengevaluasi tinggi fundus uteri dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri, perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan, periksa perineum dari perdarahan aktif apakah ada laserasi atau episiotomi, mengevaluasi secara umum kondisi ibu, melakukan pendokumentasian semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan (Yulizawati, 2019)

Luka perineum derajat 2 meliputi mucosa vagina, kulit perineum dan otot perineum. Perbaikan luka dilakukan setelah diberi anastesi local kemudian otot-otot diafragma urogenitalis dihubungkan digaris tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutupi dengan mengikut sertakan jaringan-jaringan dibawahnya (Mulati, 2018)

Menurut asumsi penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, terdapat adanya laserasi jalan lahir grade 2 pada ibu, kemudian dilakukan penjahitan perineum untuk mencegah terjadinya perdarahan jalan lahir.

Menurut asumsi penulis, pemantauan kala IV sangat penting dilakukan karena kala IV persalinan merupakan saat yang paling kritis pada ibu pasca melahirkan. Pemantauan ini dilakukan untuk mencegah terjadinya kematian pada ibu akibat perdarahan. Penatalaksanaan kasus ketuban pecah dini dan anemia ringan pada ibu sudah dilakukan dengan baik dan sesuai standar sehingga kemungkinan terjadi komplikasi persalinan pada ibu dapat dihindari.

5.3 Postnatal Care

5.3.1 Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas pada ibu dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu 15 jam post partum (KF 1), 7 hari post partum (KF 2), 14 hari post partum (KF 3) dan 39 hari post partum (KF 4).

Kunjungan Nifas ke-1 (KF 1) yaitu dari 6 jam - 2 hari post partum tujuan KN 1 yaitu untuk mencegah perdarahan postpartum akibat atonia uteri, mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara mencegah perdarahan akibat atonia uteri, sumber perdarahan lain harus diidentifikasi dan diobati, dengan rujukan jika perdarahan berlanjut, pemberian ASI secara dini/awal, pencegahan hipotermia membantu menjaga kesehatan bayi baru lahir, dan mengajarkan cara meningkatkan ikatan antara ibu dan anak (Wahyuni, 2018)

Kunjungan Nifas ke-2 (KF 2) yaitu dilakukan 3 – 7 hari post partum, tujuan melakukan KF 2 diantaranya, memastikan tidak ada perdarahan abnormal dan involusi uterus harus berjalan dengan baik, memastikan tidak ada indikasi demam atau sakit atau pendarahan yang terlihat, memastikan ibu menerima nutrisi dan air yang cukup, memastikan ibu beristirahat dengan cukup, memberikan pendidikan kesehatan perawatan bayi, memeriksa untuk melihat apakah ibu menyusui dengan benar dan apakah ada gejala kesulitan (Wahyuni, 2018)

Kunjungan Nifas ke-3 (KF 3) dilakukan pada 8 – 28 hari post partum tujuan KF 3 yaitu untuk memeriksa uterus dan harus sudah kembali normal, menegaskan bahwa tidak ada indikasi demam atau sakit atau pendarahan yang terlihat, memastikan ibu menerima nutrisi dan air yang cukup, memastikan ibu beristirahat dengan cukup, memeriksa dan

melihat apakah ibu menyusui dengan benar dan apakah ada gejala kesulitan (Wahyuni, 2018)

Kunjungan Nifas ke-4 (KF 4) dilakukan pada 29 – 42 hari post partum. KF 4 yaitu memberikan konseling KB sejak dini. (Wahyuni, 2018)

Menurut asumsi penulis, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Asuhan nifas pertama yaitu dilakukan penulis pada 15 jam post partum, dan sudah dilakukan pemeriksaan sebagaimana mestinya, yaitu penulis melakukan pemeriksaan TFU, kontraksi ibu, pengeluaran, luka perineum dan pemeriksaan fisik pada ibu dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan bayi dengan selalu menjaga kehangatan bayi dan perawatan vulva hygiene.

Pada kunjungan nifas ke-2 (KF 2) yaitu pada 7 hari post partum, penulis tidak melakukan kunjungan ke rumah ibu karena ada jadwal praktek di RSUD Karawang, sehingga penulis tidak dapat melakukan kunjungan ke-2 kerumah pasien tetapi hanya melakukan komunikasi melalui WhatsApp dan video call. Namun pada hari ke 7 post partum ibu tetap melakukan pemeriksaan ke bidan.

Asuhan pada nifas ke tiga (KF 3) dilakukan pada 14 hari post partum, penulis melakukan kunjungan rumah ibu mengeluh masih sakit pada luka jahitan, setelah diperiksa ternyata jahitan pada ibu lepas karena kurangan asupan nutrisi yang ibu konsumsi. Penulis melakukan pendidikan kesehatan kepada ibu mengenai nutrisi pada ibu nifas, ibu harus mengkonsumsi makanan yang tinggi protein untuk mempercepat proses pemulihan, dan selalu menjaga kebersihan pada perineum untuk selalu mengganti celana dalam jika terasa basah dan setelah BAK/BAB. Penulis juga menganjurkan ibu untuk kontrol lagi ke RSUD Karawang namun ibu memilih untuk kontrol ke RS Karya Husada karena yang dekat dengan rumah, kemudian di RS Karya Husada ibu dilakukan

penjahitan kembali pada luka perineum. Jahitan perineum kering pada hari ke 19 post partum.

Faktor gizi terutama protein akan sangat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka pada perineum karena penggantian jaringan sangat membutuhkan protein (Rukiah, 2012)

Perawatan luka pada perineum (vulva hygiene) penting dilakukan untuk mempertahankan kebersihan perineum, mencegah keputihan yang berbau dan tidak gatal, mempertahankan normalitas Ph vagina, mencegah terjadinya infeksi post partum. Perawatan pada luka jahitan perineum dengan cara menjaga hygiene pada bagian genetalia eksterna dengan benar. Membersihkan genetalia dengan melakukan pencucian daerah tersebut dengan air bersih yang mengalir kemudian dikeringkan dengan handuk bersih dan kering. Kondisi kering ini harus dipertahankan oleh ibu nifas dan selalu cek keadaan luka dengan memakai cermin yang dipegang oleh tangan dihadapkan pada luka jahitan supaya dapat mengenali tanda infeksi secara dini (Syalfina Agustin, 2021)

Kunjungan Nifas ke-4 (KF 4) dilakukan pada 29 – 42 hari postpartum. Penulis memberikan konseling mengenai Keluarga Berencana secara dini kepada ibu, menganjurkan ibu untuk rutin membawa bayinya ke posyandu untuk melakukan penimbangan dan imunisasi.

Bahaya ketuban pecah dini pada masa nifas yaitu dapat menyebabkan infeksi puerperalis yaitu ketika bakteri menginfeksi uterus setelah proses melahirkan (Suprapti, 2016)

Infeksi luka jahitan perineum terjadi karena perawatan luka tidak dilakukan secara baik dan ibu kurang mengonsumsi makanan yang tinggi protein. Tanda infeksi perineum ditunjukkan dengan adanya kulit

perineum berwarna merah, keluar nanah, berbau dan luka jahitan terbuka/tidak menyatu antar sisi (Syalfina, 2021)

Berdasarkan asumsi penulis, kasus ketuban pecah dini pada ibu sudah tertatalaksana dengan baik dari masa kehamilan, sehingga dampak ketuban pecah dini yang mungkin terjadi pada masa nifas dapat dihindari. Selama melakukan kunjungan nifas keluhan pada ibu adalah sakit pada luka jahitan tetap pada saat dilakukan pemeriksaan pada penulis tidak ada tanda-tanda infeksi. Setiap melakukan kunjungan, penulis selalu memberikan asuhan masa nifas sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan ibu.

Pada masa nifas bahaya yang dapat terjadi akibat anemia yaitu subinvolusi uteri yang akan menyebabkan perdarahan postpartum, pengeluaran ASI berkurang, lebih mudah mengalami infeksi puerperium, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, mudah terjadi infeksi mammae dan anemia pada masa nifas (Simbolon, 2018)

Menurut asumsi, selama penulis melakukan kunjungan nifas, penulis melakukan pemeriksaan Hb kepada ibu namun sampai dengan KF 3 ibu masih mengalami anemia. Penulis memberikan konseling kepada ibu untuk tetap selalu mengonsumsi tablet Fe dan mengonsumsi makanan yang tinggi zat besi. Pada saat penulis melakukan kunjungan KF 4 ibu sudah tidak mengalami anemia dan untuk hasil pemeriksaan Hb yaitu 11,2 gr %, ibu mengatakan rutin minum tablet Fe menggunakan air putih dan sesekali menggunakan jus jeruk dan ibu juga mengonsumsi makan-makanan yang tinggi protein.

5.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

5.4.1 Bayi Baru Lahir

Bayi lahir spontan, langsung menangis, kulit berwarna kemerahan dan tonus otot kuat. Berat badan bayi pada saat lahir yaitu 2745 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33cm, lingkar dada 34 cm, lingkar lengan 10 cm, pernafasan bayi 40 kali/menit regular, denyut jantung bayi 126 kali/menit, dan suhu 36,7°C. Bayi mendapatkan vitamin K1 dan salep mata 1 jam setelah bayi lahir kemudian imunisasi Hb0 2 jam setelah bayi lahir atau 1 jam setelah pemberian vitamin K1.

Ciri-ciri umum bayi baru lahir normal yaitu menangis kuat, warna kulit kemerahan, dan pergerakan anggota badan baik. Berat badan antara 2500-4000 gram, panjang badan 48 - 52 cm, lingkar kepala 33 - 35 cm, lingkar dada 30-38 cm, masa kehamilan 37 - 42 minggu. Denyut jantung dalam menit pertama kira-kira 180 kali/menit kemudian menurun sampai 120-160 kali/menit, pernafasan pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40-60 kali/menit dan suhu 36,5°C - 37,5°C (Haryani Reni, 2019)

Pemberian suntik vitamin K1 dan salep mata 1 jam setelah bayi lahir dan bayi mendapatkan imunisasi HB0 2 jam setelah bayi lahir atau 1 jam setelah pemberian vitamin K1 (IBI, 2016)

Menurut asumsi penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, bayi lahir dalam keadaan baik dan normal. Penatalaksanaan pemberian vitamin K1, salep mata dan imunisasi HB0 juga sudah sesuai dengan yang dianjurkan.

5.4.2 Kunjungan Neonatus

Pada masa bayi baru lahir, telah dilakukan kunjungan ulang sebanyak 3 kali yaitu 15 jam pada kunjungan neonatus ke-1 (KN 1), hari ke-7 KN 2 dan KN 3 pada hari ke-14. Pada KN 1, penulis telah memberikan asuhan sebagaimana mestinya, yaitu dilakukan

pemeriksaan pernafasan, warna kulit, tonus otot, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, dan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir.

Kemudian kunjungan neonatus kedua, dilakukan pada hari ke tujuh. Penulis melakukan KN 2 pada bayi Ny.I melalui video call dikarenakan penulis sudah kontrak waktu dengan pasien untuk kunjungan ke rumah pada pagi hari namun Ny.I secara mendadak tidak bisa pagi dan biasanya siang di karenakan mau periksa ke bidan namun di siang hari penulis harus praktek PK 3 di RSUD Karawang sehingga tidak bisa ke rumah ibu. Penulis menanyakan keluhan bayi Ny.I Penulis melakukan anamnesa tentang bayinya, bayi saat ini dalam keadaan baik dan tidak ada keluhan apapun. Hasil pemeriksaan ke Bidan N berat badan bayi naik menjadi 3.000 gram dan dalam batas normal.

KN 3 dilakukan penulis pada hari ke 14, bayi tidak memiliki keluhan apapun. Penulis melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, antropometri, dan pemeriksaan fisik bayi dan hasilnya dalam batas normal dan tidak ada tanda-tanda kegawatdaruratan pada neonatus.

Pelayanan Kesehatan Neonatus merupakan pelayanan kesehatan diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar dan dilakukan kepada neonatus sebanyak 3 kali selama periode 0 sampai 28 hari setelah bayi lahir. Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan pada 4 – 48 jam setelah bayi lahir, tujuan dilakukan KN 1 yaitu untuk mempertahankan suhu tubuh bayi, mengetahui kondisi pernafasan, mengetahui warna kulit, mengetahui keaktifan gerakan, mengetahui berat badan, mengetahui lingkaran lengan, mengetahui lingkaran dada, mengetahui panjang badan, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemberian salep mata, pemberian vitamin K, pemberian imunisasi HB-0, pemberian ASI awal (Rohana Arum, 2020)

Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan 3 – 7 hari setelah bayi lahir yang bertujuan untuk melakukan pemeriksaan fisik,

penampilan, perilaku bayi, memantau kecukupan nutrisi sehingga dapat meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mendeteksi dini apa bila ada kemungkinan terjadinya kelainan atau masalah pada bayi menggunakan pendekatan komprehensif MTBM meliputi pemeriksaan tanda bahaya (infeksi bakteri, icterus, diare, dan berat badan rendah), perawatan tali pusat (Rohana Arum, 2020)

Kunjungan neonatus ke-3 (KN 3) dilakukan pada 8 – 28 hari setelah bayi lahir yang bertujuan untuk melakukan pemeriksaan fisik, penampilan, dan perilaku bayi, pemantauan kecukupan nutrisi, konseling terhadap ibu dan keluarga tentang identifikasi gejala penyakit serta edukasi dalam perawatan neonatal, bayi harus mendapatkan imunisasi (Rohana Arum, 2020)

Menurut asumsi penulis, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena ibu selalu diperiksa dan dilakukan kunjungan oleh penulis, namun ada keterbatasan kunjungan karena ada jadwal praktek di RSUD Karawang, sehingga penulis tidak dapat melakukan kunjungan ke-2 kerumah pasien tetapi hanya melakukan komunikasi melalui WhatsApp dan video call.