

BAB V

PEMBAHASAN

Pembahasan ini didasarkan ada atau tidaknya kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada pengelolaan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir Ny.A di RSUD Karawang yang dilakukan sejak masa persalinan. Penulis mencoba membandingkan kasus yang telah diamati secara langsung terhadap Ny.A dengan teori yang telah dipelajari.

5.1 Antenatal Care

5.1.1 Kunjungan ANC

Ny. A melakukan kunjungan sebanyak 9 kali ke fasilitas kesehatan trimester pertama sebanyak 2 kali ke bidan, trimester kedua sebanyak 5 kali ke klinik 1 kali dan ke bidan 4 kali, trimester ketiga sebanyak 2 kali 1 kali di klinik 1 kali ke bidan.

Menurut teori Kemenkes 2020 kunjungan pada masa kehamilan pada saat pandemi yaitu 2 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 3 kali pada trimester 3.

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa Ny.A melakukan asuhan kehamilan sebanyak 9 kali sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus, karena sudah memenuhi asuhan yang dianjurkan oleh kementerian kesehatan.

5.1.2 Kualitas ANC

Berdasarkan dari buku Kia Ny.A selama kehamilan dilakukan Penimbangan HB, Pengukuran TB, Lila, Tekanan Darah, TFU, DJJ, Imunisasi TT lengkap, Rutin diberikan Tablet Tambah Darah dan pemeriksaan laboratorium terdiri dari protein dan glukosa urine, HbsAg, HIV, Sifilis dan Haemoglobin.

Menurut Kemenkes RI 2019, Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat kehamilan terdiri dari pemeriksaan golongan darah bertujuan untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan, pemeriksaan hemoglobin darah bertujuan untuk mengetahui ibu mengalami anemia atau tidak, pemeriksaan protein glukosa urine dilakukan atas indikasi, deteksi dini yang rutin dilakukan ibu hamil yaitu trimester pertama dan awal trimester ketiga, serta pemeriksaan HIV dan HbsAg dilakukan wajib dengan adanya program PPIA pada semua ibu hamil yang melakukan ANC.

Menurut Kemenkes RI 2019, Standar pelayanan antenatal untuk ibu hamil dilakukan 10T, yaitu :

1. Timbang berat badan dan mengukur tinggi badan.
2. Pengukuran tekanan darah
3. Nilai status gizi (pengukuran lingkaran lengan atas LILA)
4. Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)
5. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) sesuai dengan status imunisasi.
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Pemeriksaan laboratorium
9. Tatalaksana kasus.
10. Pelaksanaan temu wicara

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus tidak ada kesenjangan dan sudah melakukan pemeriksaan laboratorium sesuai dengan standar asuhan antenatal 10T.

5.2 Intranatal Care

5.2.1 Penegakan Diagnosa KPD

Dari pemeriksaan yang sudah dikaji bahwa ibu mengapa terjadinya ketuban pecah dini karena hasil dari anamnesa ibu dan dilakukan pemeriksaan dalam serta pemeriksaan dengan kertas

lakmus.

Menurut Teori Mod. Andalas (2019), pemeriksaan obstetri sangat dibutuhkan untuk membantu penegakan diagnosis. Ketuban pecah dini didiagnosis ketika cairan amnion dilihat dengan adanya poolong di fornix posterior atau cairan bening mengalir dari saluran serviks dan juga tampak keluar cairan dari serviks dan salah satu pemeriksaan untuk mendiagnosis ketuban pecah dini adalah Nitrazin Test. Kertas Nitrazin akan dengan cepat berubah warna menjadi warna biru jika cairan vagina memiliki PH basa. Tes ini adalah metode yang sederhana, cepat, murah dan cukup untuk mendiagnosis ketuban pecah dini.

Menurut asumsi penulis, jika dibandingkan teori dan kasus didapatkan bahwa tidak ada kesenjangan karena sudah sesuai dengan teori.

5.2.2 Penatalaksanaan KPD

Penatalaksanaan kasus KPD di PMB : klien datang dilakukan pemeriksaan kertas lakmus, diberikan Amoxicilin 250 mg, dan dilakukan infus. Selanjutnya penatalaksanaan kasus KPD di RSUD : kasus KPD di RSUD Karawang : Klien datang dilakukan pemeriksaan swab lalu anamnesa terkait sejak kapan keluar air-air berlangsung, setelah itu dilakukan pemeriksaan tanda- tanda vital, pemeriksaan tfu, pemeriksaan DJJ, His, pemeriksaan dalam, setelah itu dipindahkan ke ruangan vk kebidanan, lalu diperiksa tanda-tanda vital, pemeriksaan tfu, pemeriksaan DJJ, pemeriksaan dalam, melakukan pemeriksaan usg dan ctg oleh dokter, memberikan obat sesuai dengan kasus oleh dokter.

Penatalaksanaan SOP di RSUD Karawang:

1. Anamnesa: menanyakan kepada pasien keluar air-air dari jam berapa, usia kandungan saat ini berapa bulan dan apakah terjadi mules ketika keluar air-air.
2. Pemeriksaan fisik

- a. Umum : pertama pasien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital terlebih dahulu yang terdiri dari tekanan darah, pernafasan, nadi dan suhu, suhu yang paling utama untuk diperhatikan.
 - b. Obstetric : pada pemeriksaan obstetric yang pertama dilakukan yaitu pemeriksaan tinggi fundus uteri lalu diraba posisinya apakah presentasi kepala, sudah turun atau belum posisi janinnya, kemudian di periksa kontraksinya kuat atau tidak berapa frekuensinya dan durasinya berapa detik, setelah itu dilakukan pemeriksaan denyut jantung janin.
3. Pemeriksaan penunjang
- a. Lakukan pemeriksaan dengan kertas lakmus dengan hasil lakmus merah berubah menjadi biru.
 - b. Cek laboratorium yang terdiri dari pemeriksaan leukosit, jika leukosit > 15.000 menunjukkan bahwa terjadinya infeksi
 - c. Lakukan pemeriksaan USG untuk membantu menentukan usia kehamilan, posisi janin, berat janin, letak dan gradasi plasenta dan jumlah air ketuban.
 - d. Lakukan pemeriksaan CTG untuk mendeteksi adanya gawat janin.
4. Diagnosa banding atau disebut pembedaan penyakit atau kondisi tertentu dari yang lain yang menghadirkan gambaran klinis serupa terdiri dari fistula vesiko vaginalis yang merupakan bagian dari fistula vesiko urogenital merupakan suatu keadaan ditandainya fistel antara kandung kemih dengan vagina yang menyebabkan rembesan urin keluar melalui vagina. Kemudian stres inkontinensia yaitu terjadi saat pasien melakukan gerakan yang menciptakan tekanan tiba-tiba. Sehingga, dasar panggul atau otot sfingter melemah. Contohnya seperti batuk, bersin dan berolahraga.
5. Therapi :

- a. Konservatif seperti di rawat di rumah sakit, diberikan antibiotik kalau ketuban pecah >6 jam (ampicillin atau eritromisin), bila umur kehamilan <32-24 minggu di rawat selama air ketuban tidak keluar lagi, lalu diberikan steroid selama 7 hari untuk mematangkan paru-paru janin, kemudian jika usia kehamilan 24 minggu masih keluar air ketuban maka usia 35 minggu di pertimbangkan untuk terminasi dan lakukan penilaian tanda-tanda infeksi seperti suhu dan leukosit).
 - b. Aktif jika kehamilan >36 minggu, induksi dengan oksitosin bila gagal seksio sesarea, lalu jika ada indikasi seperti CPD atau letak lintang lakukan seksio sesarea, kemudian bila ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotic dosis tinggi dan kehamilan/ persalinan diakhiri. Bila skore pelvic < 5 akhiri dengan seksio sesarea , bila skore > 5 diakhiri dengan partus pervaginam dan jika terjadi infeksi berat lakukan seksio sesarea.
6. Konsultasi nya tidak ada
 7. Perawatan rumah sakit harus di rawat dirumah sakit sampai setelah perawatan dari tindakan terminasi kehamilan selesai dari tindakan terminasi selesai.
 8. Penyulit nya yaitu infeksi sampai sepsis.
 9. Informed consent perlu bila akan dilakukan tindakan positif.
 10. Lama perawatan dibagi menjadi 2 yaitu konservatif yang mana sangat tergantung dari usia kehamilan, lamanya air ketuban keluar, keadaan umum pasien. Aktif yaitu partus pervaginam selama 3-4 hari jika seksio sesarea selama 4-5 hari
 11. Masa pemulihan jika partus pervaginam 2-3 hari dan seksio sesarea 4-5 hari.
 12. Uot put sembuh total
 13. Dan patologi anatomi nya tidak ada.

5.2.3 Faktor Resiko ibu pada ketuban pecah dini.

Berdasarkan data yang didapatkan hasil bahwa ibu saat ini berusia 19 tahun, dan menikah pada usia 18 tahun, kehamilan anak pertama dan tidak pernah keguguran dan ibu mengatakan dari awal kehamilan sampai saat ini tidak mempunyai riwayat Ketuban Pecah Dini, dan ibu mengatakan hb ibu saat ini 12 gr%. Dan ibu mengeluh mengatakan sering keputihan yang dialami seperti berwarna putih kekuningan dan sedikit kental dan tidak disertai nyeri pada vagina serta bengkak atau rasa gatal, keputihan ini dialami sejak usia kehamilan 5 bulan sampai saat ini tetapi ibu mengatakan bahwa sering mengganti pakaian dalam sampai 5x/hari. Ibu juga mengatakan bahwa ibu sering terkena asap rokok dikarenakan suami dan ayah kandung merokok di dalam rumah kadang diluar rumah.

5.2.3.1 Usia Ibu

Usia ibu dikatakan beresiko tinggi ketika ibu berusia kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun. Usia digunakan untuk mengantisipasi diagnosa masalah kesehatan.

Menurut jurnal penelitian (Roffie dkk,2019) hubungan usia dengan kejadian KPD diketahui bahwa dari 99 orang ibu berusia (<20 dan >35 tahun) berjumlah 52 orang (52,5%) diantaranya mengalami KPD, sedangkan dari 265 orang ibu berusia (20-35 tahun) berjumlah 232 orang (87,5%) diantaranya tidak mengalami KPD (Muhammad Roffie Alghanni et al., 2021).

5.2.3.2 Paritas

Paritas adalah keadaan wanita berkaitan dengan jumlah anak yang dilahirkan. Paritas anak kedua dan anak ketiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Pada paritas tinggi lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Maka oleh sebab itu ibu-ibu

yang sedang hamil anak pertama dan lebih dari anak ketiga harus memeriksakan kehamilan sesering mungkin agar tidak beresiko terhadap kematian maternal. Pada paritas rendah, ibu-ibu hamil belum begitu mengerti tentang kehamilan dan pentingnya pemeriksaan kehamilan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Legawati dan Riyanti RSUD dr Doris Sylvanus Palangkaraya didapatkan variabel yang berhubungan dengan KPD adalah umur ibu berisiko akan mengalami peningkatan kejadian KPD 1,9 kali (OR= 1,917), paritas ibu berpengaruh signifikan terhadap kejadian KPD primipara 1,5 kali lebih tinggi mengalami KPD dibandingkan dengan multipara (OR=1,5), umur kehamilan prematur meningkatkan kejadian KPD 10,8 kali lebih tinggi dibandingkan kehamilan aterm (OR=10,887), berat badan bayi lahir normal menyebabkan KPD 5,7 kali lebih tinggi dibandingkan BBLR (OR=5,758), gemelli/ kembar menjadi penyebab KPD 6,8 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang tunggal (OR=6,845) dan metode persalinan pada ibu dengan KPD 1,2 kali lebih tinggi diberlakukan persalinan SC dibandingkan persalinan normal. Dan variabel yang tidak berhubungan dengan KPD adalah pekerjaan ibu (Siti Marinda, Retno Widowati, 2020).

5.2.3.3 Pekerjaan

Seorang wanita hamil boleh melakukan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak. Bagi wanita pekerja, ia boleh tetap masuk sampai menjelang partus. Pekerjaan jangan sampai dipaksakan sehingga istirahat yang cukup selama kurang lebih 8 jam sehari. Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak

memberikan gangguan rasa tidak enak. Penelitian juwaher didapatkan bahwa ibu yang tidak bekerja sebagian besar melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar (≥ 4 kali) dibandingkan dengan ibu yang bekerja

5.2.3.4 Riwayat Ketuban Pecah Dini

Riwayat ketuban pecah dini berisiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya ketuban pecah dini akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah dini preterm terutama pada pasien risiko tinggi. Patogenesis terjadinya KPD akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya KPD aterm dan KPD preterm terutama pada pasien risiko tinggi. Wanita yang mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih berisiko mengalaminya kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

Riwayat kebidanan yang lalu sangat memengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, membantu dalam penanganan pelayanan kehamilan (konseling khusus, tindak lanjut dan rencana persalinan).

5.2.3.5 Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda sejak umur muda sudah dapat ditetapkan dengan jalan melakukan pemeriksaan USG. Seorang yang menduga dirinya mempunyai kehamilan ganda adalah perut cepat besar, keluhan hamil muda lebih berat, dirasakan bahwa gerak janin dalam rahim banyak.

Sebagian besar dokter atau bidan sudah dapat menetapkan kehamilan ganda, sehingga akan lebih berhati-hati dalam persiapan pertolongan persalinan.

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan kehamilan kembar adalah faktor ras, keturunan, umur wanita dan paritas. Salah satu komplikasi yang dapat ditimbulkan dalam persalinan adalah terjadinya ketuban pecah dini. Hal ini disebabkan frekuensi hidramnion pada kehamilan kembar 10 kali lebih besar dari kehamilan tunggal, keregangan otot rahim dapat menyebabkan tekanan intra uterin meningkat sehingga mudah terjadi robekan pada selaput ketuban atau uterin amniotik. Letak plasenta dan korionisitas kedua janin penting untuk diperhatikan. Janin kembar monozigot atau dizigot, janin terdiri dari satu atau dua amnion akan mempengaruhi kehamilan. Pengawasan pada wanitahamil kembar perlu ditingkatkan untuk mengevaluasi resiko persalinan preterm dan KPD.

Wanita dengan kehamilan kembar berisiko tinggi mengalami ketuban pecah dini dan preeklamsi. Hal ini disebabkan peningkatan masa plasenta dan produksi hormon. Ibu dan keluarga dilibatkan dalam mengamati gejala preeklamsi dan tanda-tanda ketuban pecah.

5.2.3.6 Letak Janin

a. Letak Sungsang

Janin yang letaknya memanjang (membujur dalam rahim), kepala berada di fundus dan bokong dibawah. Prognosis bagi ibu adalah kemungkinan robekan pada

perineum lebih besar, juga karena dilakukan tindakan, selain itu ketuban lebih cepat pecah dan partus lebih lama, jadi mudah terkena infeksi.

Ultrasonografi idealnya dapat digunakan untuk memastikan dugaan klinis persentasi sungsang dan juga mendiagnosa adanya kelainan janin dan uterus. Pada presentasi sungsang, baik ibu maupun janin berada dalam risiko besar bila dibandingkan dengan wanita dengan persentasi kepala

b. Letak Lintang

Merupakan Letak janin di dalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan): kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu.

Persentasi ini jarang dijumpai dan terjadi ketika sumbu panjang janin terletak tegak lurus dengan ibu. Disebut oblik jika sumbu panjang membentuk sudut lancip. Jika sudah memasuki persalinan, kelahiran sesar sebaiknya dilakukan dalam waktu yang tepat (Sari, 2019).

5.2.3.7 Anemia

Anemia kehamilan disebabkan karena kekurangan zat besi. Pada kehamilan, anemia terjadi secara relative karena darah pada ibu hamil mengalami pengenceran dengan peningkatan 30-40% (hemodelusi) yang puncaknya pada usia kehamilan 32-40 minggu. Dampak anemia pada janin yaitu kematian intrauterine, abortus, prematuritas, berat badan lahir rendah dan cacat bawaan yang mudah terinfeksi. Sedangkan pada ibu dapat mengakibatkan abortus, ancaman dekompensasi jantung, dan ketuban

pecah dini. Pada persalinan bisa mengakibatkan perdarahan dan retensio plasenta.

5.2.3.8 Keputihan

Keputihan pada ibu hamil dapat mengakibatkan terjadinya ketuban pecah dini, kelahiran prematur atau bayi lahir dengan berat badan rendah. Penyebab keputihan pada ibu hamil diakibatkan oleh bakteri vaginosis. Selain itu, bakteri tersebut dapat mengganggu saluran kencing apabila tidak diobati juga dapat berbahaya bagi ibu hamil.

Selaput ketuban yang tidak kuat akibatnya kurang jaringan ikat dan vaskularisasi, bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah mengeluarkan air ketuban. Identifikasi dari mikroorganisme pathogen pada vagina segera setelah terjadinya KPD mendukung suatu konsep bahwa infeksi bakteri vaginosis berperan dalam KPD

a. Keputihan dengan cairan berwarna putih atau keruh

Keputihan yang memiliki warna seperti ini bisa jadi merupakan tanda adanya infeksi pada gonorrhea. Akan tetapi, hal tersebut harus didukung oleh tandatanda lainnya. Seperti pendarahan diluar masa menstruasi dan rasa nyeri ketika buang air kecil.

b. Keputihan dengan cairan berwarna putih kekuningan dan sedikit kental menyerupai susu.

Jika disertai dengan bengkak dan nyeri pada bibir vagina, rasa gatal, serta nyeri ketika berhubungan seksual, keputihan dengan cairan seperti susu tersebut bisa jadi disebabkan oleh adanya infeksi jamur pada organ keawanitaannya.

c. Keputihan dengan cairan berwarna coklat atau disertai sedikit darah.

Keputihan semacam ini layak diwaspadai. Sebab keputihan itu sering kali terjadi karena masa menstruasi tidak teratur. Apalagi keputihan tersebut disertai darah serta rasa nyeri pada panggul. Hal ini harus diwaspadai karena bisa jadi penderita mengalami kanker serviks ataupun endometrium.

- d. Keputihan dengan cairan warna kekuningan atau hijau, berbusa, dan berbau sangat menyengat.

Biasanya keputihan semacam ini disertai rasa nyeri dan gatal ketika buang air kecil. Jika seperti itu sebaiknya memeriksakan ke dokter karena ada kemungkinan terkena infeksi trikomoniasis.

- e. Keputihan dengan cairan berwarna pink.

Keputihan ini biasanya terjadi setelah melahirkan, jika seseorang mengalaminya dianjurkan untuk konsultasi ke dokter atau tenaga kesehatan.

- f. Keputihan dengan cairan berwarna abu-abu atau kuning yang disertai bau amis menyerupai bau ikan.

Keputihan semacam ini menunjukkan adanya infeksi bakteri pada vagina. Biasanya, keputihan tersebut juga disertai rasa panas seperti terbakar, gatal, kemerahan dan bengkak pada bibir vagina.

5.2.3.9 Asap Rokok

Asap rokok merupakan polutan bagi manusia maupun lingkungan sekitarnya. Asap rokok membuat lebih berbahaya terhadap perokok pasif daripada perokok aktif. Asap rokok yang dihembuskan oleh perokok aktif dan terhirup oleh perokok pasif, sebanyak empat kali lebih banyak mengandung tar dan nikotin, 5 kali lebih banyak mengandung karbon monoksida yaitu merupakan radikal bebas yang dapat menimbulkan kerusakan tubuh (Rozikhan

et al., 2020).

Dampak negatif rokok dan asapnya terhadap ibu hamil diantaranya kelahiran prematur, ketuban pecah sebelum waktunya, ancaman lepasnya plasenta sebelum lahir, plasenta previa, ketuban pecah dini, sedangkan dampak terhadap janin adalah berat badan janin lebih rendah dari normal, kematian janin di dalam rahim, meningkat resiko kematian janin mendadak.

Dari hasil penelitian tentang gambaran paparan asap rokok terhadap kejadian ketuban pecah dini di RSUDDr. H Soewondo Kendal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang terpapar asap rokok dan mengalami KPD sebanyak 29 orang (65,9%). Sebagian besar menyatakan bahwa ada anggota keluarga yang merokok di dalam rumah, dan sebagian kecil ada rekan kerja yang merokok di dalam ruangan (Rozikhan et al., 2020).

Menurut asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan kemungkinan faktor resiko ibu mengalami KPD adalah usia ibu merupakan faktor penyebab terjadinya kpd Usia ibu dikatakan beresiko tinggi ketika ibu berusia kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, dan Keputihan juga merupakan faktor penyebab terjadinya kpd karena Keputihan dengan cairan berwarna putih kekuningan dan sedikit kental menyerupai susu merupakan ciri-ciri dari keputihan yang menyebabkan Kpd dan lingkungan ibu yang dikelilingi orang yang merokok karena Asap rokok merupakan polutan bagi manusia maupun lingkungan sekitarnya. Asap rokok membuat lebih berbahaya terhadap perokok pasif daripada perokok aktif. Asap rokok yang dihembuskan oleh perokok aktif dan terhirup oleh perokok pasif, sebanyak empat kali lebih

banyak mengandung tar dan nikotin, 5 kali lebih banyak mengandung karbon monoksida yaitu merupakan radikal bebas yang dapat menimbulkan kerusakan tubuh.

5.2.4 KALA II

Pada pukul 20.20 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil portio tidak teraba, pembukaan 10cm, ketuban negatif, denominator ubun ubun kecil depan, tidak ada penumpukan sutura atau molage 0 , penurunan kepala janin di hodge 4 dan tidak ada bagian lain yang teraba, ibu diperbolehkan mengedan saat terjadi kontraksi, mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan menarik napas dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut secara perlahan jika terjadi kontraksi, dan meminta keluarga untuk melakukan masase di pinggang ibu agar ibu lebih rileks, memberikan ibu asuhan persalinan yaitu: Melihat kelengkapan alat kemudian mendekatkannya lalu menggunakan alat pelindung diri, memposisikan ibu untuk meneran, mengajarkan kembali kepada ibu teknik meneran yang baik yaitu meneran saat ada kontraksi dan istirahat saat tidak ada kontraksi keluarga dapat memberi ibu minum agar tidak kekurangan cairan, memantau kesejahteraan janin dengan cara melakukan pemantauan djj saat tidak ada kontraksi. DJJ : 145x/ menit, regular, intensitas: kuat, memasang handuk bersih dan meletakkan kain diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi, meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu, melindungi perineum dengan tangan kanan yang telah dilapisi kain sementara tangan kiri menahan puncak kepala bayi agar tidak terjadi defleksi maksimal saat kepala bayi crowning 5-6 cm di depan vulva. Kepala crowning dan dilakukan penahanan, mengecek apakah terdapat lilitan tali pusat pada leher bayi saat kepala bayi lahir, menunggu kepala melakukan putar paksi luar kemudian meletakkan kedua tangan di kepala bayi secara biparietal lalu lakukan tarikan perlahan ke arah bawah untuk melahirkan bahu anterior dan

lakukan tarikan ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior, Melakukan sanggah susur hingga seluruh badan dan kaki bayi lahir. Seluruh badan bayi sudah lahir, Metakkan bayi diatas perut ibu dan mengeringkan bayi serta mengganti kain agar menjaga kehangatan bayi dan melakukan penilaian sepiantas.

Menurut (Kemenkes RI, 2015), persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm), dilanjutkan dengan upaya menolong bayi keluar dari jalan lahir. Adapun tanda dan gejala kala II yaitu ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, sibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perinium menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala dua ditentukan dengan cara pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introtus vagina.

Menurut asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan, kasus telah sesuai dengan anjuran dari Kemenkes RI, 2015.

5.2.5 KALA III

Memeriksa kembali uterus ibu untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus, tidak ada bayi lain lagi (tunggal), memberitahu ibu bahwa akan di suntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin). Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dengan mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. tali pusat telah diklem. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. Meletakkan bayi di atas perut ibu untuk melakukan

IMD dan kontak skin to skin dengan ibunya selama 1 jam, Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan bersih. Memindahkan klem ke depan vulva 5 cm sambil mengurutnya ke arah ibu. Terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu tali pusat memanjang, keluar darah tiba-tiba dan uterus globuler. Melakukan peregangan tali pusat terkendali setelah ada kontraksi dengan meregangkan tali pusat searah lantai dengan tangan kanan dan tangan kiri mendorong perut ibu ke arah dorso kranial. Plasenta terlihat sudah di depan vulva lalu mengambilnya dengan kedua tangan dan memutarnya searah jarum jam agar terpilin rapi. Melakukan masase fundus uteri selama 15 detik sambil mengecek kelengkapan plasenta.

Menurut (Kemenkes RI, 2015), batas kala III persalinan dimulai setelah kelahiran bayi sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Penatalaksanaan yang dilakukan pada kala tiga persalinan adalah Manajemen Aktif Kala (MAK) III. Tujuan dari MAK III adalah membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mempersiapkan waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah selama kala tiga persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan.

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus bahwa, penatalaksanaan pada saat kala III sudah sesuai dengan anjuran menurut Kemenkes RI, 2015.

5.2.6 KALA IV

Dilakukan penjahitan 2 jahitan dengan teknik jelujur serta dilakukan pemantauan kala 4 selama 2 jam sekali terdiri dari pemantauan tekanan darah, suhu, perdarahan, kontraksi uterus, kandung kemih dan TFU.

Menurut (Risma Aliviani Putri, dkk, 2020), laserasi atau robekan jalan lahir adalah robekan yang terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat saat

persalinan, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati panggul dengan ukuran yang lebih besar. Laserasi terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Laserasi jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus diperhatikan yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi.

Menurut (Kemenkes, 2015), kala 4 persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam post partum. Selama dua jam post partum pantau TTV, tinggi fundus uteri, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu, ajarkan ibu dan 26 keluarganya cara menilai kontraksi uterus dan melakukan masase jika uterus lembek.

Komplikasi ketuban pecah dini dapat menyebabkan perdarahan postpartum.

Menurut asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan teori karena tidak terjadi perdarahan postpartum.

5.3 Postnatal Care

5.3.1 Kunjungan Nifas

Berdasarkan data yang didapatkan pada kasus Ny.A selama melakukan asuhan masa nifas, pasien dalam keadaan baik, tidak ada komplikasi yang terjadi dan sudah dapat beraktivitas dengan baik. Pada masa nifas melakukan beberapa kunjungan untuk mengetahui kondisi ibu, kunjungan ini dilakukan pada 12 jam pukul 08.00 WIB, 12 jam pukul 16.00 WIB, nifas 6 hari, 9 hari dan 30 hari pada masa nifas.

Menurut Kemenkes RI 2020, kunjungan pnifas dilakukan minimal 4 kali terdiri dari :Kunjungan 1 (6 jam – 2 hari setelah

persalinan) : kunjungan nifas 1 bersamaan dengan kunjungan neonatal 1 dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan : Pada masa nifas 6 jam sampai 2 hari asuhan yang dapat diberikan berupa pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif selama enam bulan. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini, pemberian kapsul vitamin A, minum tablet darah setiap hari, Kunjungan 2 (3 – 7 hari setelah persalinan) : Asuhan yang dapat diberikan bidan pada masa nifas hari ke-3 sampai 7 hari yaitu pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina serta menilai adanya tanda – tanda infeksi, menganjurkan ibu untuk selalu memenuhi nutrisi dan istirahat dan memberikan konseling mengenai asuhan bayi seperti perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, serta membimbing ibu tentang cara perawatan bayi sehari – hari, Kunjungan 3 (8 – 28 hari setelah persalinan) : Asuhan yang diberikan pada hari ke 8 sampai 28 hari masa nifas sama dengan asuhan nifas KF 2 yaitu pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan pengeluaran jumlah darah dari vagina dan mendeteksi tanda – tanda infeksi, menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi dan istirahat, serta memberikan KIE tentang perawatan bayi sehari – hari, Kunjungan 4 (29 – 42 hari setelah persalinan) : Pada masa nifas hari ke-29 sampai 42 hari masa nifas, asuhan yang dapat diberikan sama dengan asuhan pada KF 3, dan ditambah dengan menanyakan mengenai penyulit – penyulit yang ibu dan bayi alami, dan memberitahu ibu mengenai pemilihan KB secara dini.

Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan.

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa kunjungan nifas teori dengan kasus tidak ada kesenjangan sesuai dengan anjuran kemenkes tahun 2020.

5.4 Bayi Baru Lahir

5.4.1 Penegakan Diagnosa BBLR

Berdasarkan dari hasil pemeriksaan fisik Bayi Ny.A lahir pada tanggal 10 maret 2022 pukul 20.45 dengan berat badan 1660 ,panjang badan 42 cm, lingkak kepala 28 cm dan lingkak dada 26 cm, tidak ada kelainan.

Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan istilah lain untuk bayi premature. Berat bayi lahir rendah (BBLR) merupakan bayi dengan berat badan lahir < 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. Berat bayi lahir adalah berat bayi yang ditimbang 1 jam setelah lahir. (Heriani, R. 2019)

Adapun penyebab dari BBLR maupun usia bayi belum selesai dengan masa gestasinya seperti Komplikasi obstetric (Multiple gestatin, Incompetence, Pro (premature rupture of membrane), Pregnancy induce hypertention (PIH), Plasenta previa, Ada riwayat kelahiran premature) , Komplikasi Medis (Diabetes Maternal, Hipertensi Kronis, Infeksi traktus urinarius), Faktor ibu terdiri dari Penyakit : Hal yang berhubungan dengan kehamilan seperti toksemia gravidarum, pendarahan antepartum, trauma fisik, infeksi akut, serta kelainan kardiovaskuler, Gizi ibu hamil, Usia ibu, Keadaan sosial ekonomi, Kondisi ibu saat hamil, jika Faktor janin terdiri dari Hidramnion, polihidramnion, kehamilan ganda dan kelainan janin (Heryani R. 2019).

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan karena bayi lahir dengan BBLR.

5.4.2 Penatalaksanaan BBLR

Berdasarkan dari hasil bayi baru lahir dengan berat badan 1660 gram, panjang badan 42 cm tidak ada kelainan, perawat melakukan pertolongan pada bayi Ny.A tidak dilakukan untuk memberitahu ibu mengenai perawatan metode kanguru tetapi hanya dilakukan penanganan incubator dengan suhu 34-35°C.

Menurut Teori Rosha,2018 Bayi premature sedang adalah bayi lahir pada 33-38 minggu atau BBLR mencapai 1500-2500 gram. Bayi premature dengan berat sedang ini memiliki kemungkinan bermasalah segera setelah lahir. Asuhan kebidanan bayi premature sedang (BBLR) yaitu :

- a. Bila bayi tidak mengalami gangguan pernapasan jagalah kehangatannya dengan metode kanguru.
- b. Bila bayi sulit bernapas (frekuensi <30 atau 60 kali/menit dengan tarikan dinding dada ke dalam atau merintih) atau tampak biru (sianosis), berilah oksigen 0,5l/menit lewat kateter hidung atau nasal prong.

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan mengenai perawatan metode kanguru yang tidak dilakukan oleh perawat sedangkan metode kanguru itu suatu cara agar BBLR terpenuhi kebutuhan khusus mereka terutama dalam mempertahankan kehangatan suhu tubuh.

5.4.3 Penyebab BBLR

Berdasarkan dari hasil pemeriksaan fisik Bayi Ny.A lahir pada tanggal 10 maret 2022 pukul 20.45 dengan berat badan 1660 ,panjang badan 42 cm, lingkar kepala 28 cm dan lingkar dada 26 cm, tidak ada kelainan.

Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan istilah lain untuk bayi premature. Berat bayi lahir rendah (BBLR) merupakan bayi dengan berat badan lahir < 2500 gram tanpa memandang usia

gestasi. Berat bayi lahir adalah berat bayi yang ditimbang 1 jam setelah lahir. (Heriani, R. 2019)

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan karena merupakan penyebab terjadinya bblr terdapat dari komplikasi obstetric seperti persalinan premature dan usia pada ibu dengan teori Heryani R.2019.

5.4.4 Kunjungan Neonatus

Berdasarkan data yang didapatkan pada bayi Ny.A selama melakukan asuhan neonatus sebanyak 8 kali yaitu KN 1 catatan perkembangan terdiri dari 0 jam, 1 jam, 12 jam, 2 hari, KN 2 3 hari, KN 3 yaitu 9 hari, 14 hari dan 26 hari.

Menurut Kemenkes RI,2020 kunjungan neonatal dilakukan minimal 4x yaitu :

- a. Periode Neonatal pertama (KN1) yaitu 6 – 48 jam setelah bayi lahir.
- b. Periode Neonatal kedua (KN2) yaitu 3 – 7 hari setelah bayi lahir.
- c. Periode Neonatal ketiga (KN3) yaitu 8 – 28 hari setelah bayi lahir.

Menurut Asumsi penulis jika dibandingkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa bayi Ny.A dilakukan asuhan neonatal sebanyak 8 kali sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena sudah memenuhi asuhan yang dianjurkan oleh Kemenkes RI,2020.

5.4.5 Kebutuhan Nutrisi

Berdasarkan data yang didapatkan pada bayi Ny.A selama dirumah sakit diberikan MPASI sedangkan pada saat dirumah, ibu memberikan ASI dan MPASI.

Menurut Teori Septira, 2016 Air Susu Ibu secara universal direkomendasikan sebagai asupan nutrisi enteral utama pada bayi karena bermanfaat untuk kesehatan dan kesejahteraan seluruh bayi. Selain itu ASI juga dapat menurunkan risiko infeksi, nocritizing

enterocolitis dan alergi, dan memiliki efek positif untuk perkembangan kognitif. Bayi juga mendapatkan keuntungan dengan adanya kontak langsung dengan ibu saat menyusui, sehingga dapat meningkatkan kestabilan psikologi. Formula khusus dibuat untuk bayi prematur agar tercapai nutrisi yang adekuat. ASI tetap diberikan, tetapi khusus untuk bayi prematur ASI aja tidak cukup, oleh karena itu diperlukan ASI terfortifikasi untuk meningkatkan konsentrasi nutrisi–nutrisi yang dibutuhkan seperti protein, mineral, dan vitamin. Sedangkan Kolostrum atau ASI yang keluar pada beberapa hari pertama kelahiran berwarna kuning kental, sangat kaya akan protein, dan zat kekebalan tubuh atau immunoglobulin (IgG, IgA, dan IgM), mengandung lebih sedikit lemak dan karbohidrat. Karbohidrat terbanyak dalam ASI adalah laktosa.

Menurut asumsi peneliti pertumbuhan seorang bayi harus diperhatikan apakah mengalami kenaikan berat badan atau tinggi badan, dengan pemberian ASI secara eksklusif akan dapat menunjang pertumbuhan bayi secara normal baik kenaikan berat badan dan tinggi badannya, karna ASI mengandung zat zat yang di butuhkan bayi selama masa pertumbuhannya.

5.4.6 Kenaikan BB Bayi

Berdasarkan data yang didapatkan pada bayi Ny. A berat badan pada saat lahir 1660 gram sedangkan pada hari ke 26 BB bayi 2900 gram.

Menurut kartu menuju sehat atau disingkat KMS pada buku KIA kenaikan berat badan yang normal untuk bayi baru lahir usia 28 hari adalah mengalami kenaikan berat badan minimal 600 gr, hal tersebut adalah nilai minimal dan itu pun berat badan bayi masih berada di garis perbatasan antara zona hijau dan kuning, maka dari itu diupayakan berat badan bayi bisa dapat naik lebih dari 600 gr namun tidak melebihi berat badan 5.500 gr karena bila melebihi bayi bisa mengalami berat badan berlebih hingga obesitas.

Menurut asumsi penulis, jika dibandingkan teori dan kasus didapatkan bahwa tidak ada kesenjangan karena Kenaikan BB Sudah sesuai.