

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan hasil pengkajian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny. “N” dengan keputihan di BPS Farida Hajri Surabaya. Pada bab pembahasan ini akan dijabarkan kesenjangan yang terjadi antara teori dengan pelaksanaan di lahan serta alternatif tindakan untuk mengatasi permasalahan dan menilai keberhasilan masalah dengan secara menyeluruh.

4.1 Kehamilan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa ibu mengalami keluhan keputihan pada usia kehamilan 32 minggu. Menurut Endang (2008) Ibu hamil yang mengalami keputihan terutama pada trimester ketiga, terjadi karena peningkatan kadar hormon estrogen yang menyebabkan kadar glikogen di vagina meningkat, yang merupakan sumber karbon yang baik untuk pertumbuhan kolonisasi jamur *Candida*.

Hasil Pengukuran Tinggi Badan pada ibu adalah 156,5 cm, Menurut antenatal care Terpadu bila tinggi badan ≤ 145 cm, maka faktor resiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Berdasarkan teori di atas tidak di temukan kesenjangan antara teori dan kasus di buktikan dengan peneliti sudah melakukan pengukuran Panggul ibu dan hasilnya normal.

Berat badan ibu sebelum hamil adalah 50 kg, Penimbangan Berat badan ibu di lakukan setiap kali periksa mulai Trimester 1 adalah 56 kg

pada tgl 13 September 2015 Sampai dengan Trimester 3 berat badan ibu mencapai 58 kg pada tgl 29 April 2016 , Jumlah total pertambahan berat badan ibu yaitu 2 kg. Menurut Janet medforth, 2012 pertambahan berat badan optimal sebesar 12,5 kg masih dalam rentan yang normal, pertambahan berat badan maternah cenderung lebih cepat sejak 20 minggu kedepan. Berdasarkan fakta dan teori ditemukan ketidaksesuaian penambahan berat badan hanya terjadi 2 kg dari kehamilan trimester I sampai dengan trimester 3.

Perhitungan IMT adalah metode memperkirakan lemak tubuh berdasarkan berat badan dan tinggi badan, Terdapat 4 kategori dalam IMT yaitu <20 (Berat badan kurang), 20-24,9 (Berat badan ideal), 25-29,9 (Berat badan lebih), >30 (Obesitas/gemuk). (Janet Medforth, 2012). Pada penelitian ini di dapatkan hasil IMT 30,3 mmHg. Dengan jumlah hasil yang di atas maka ibu termasuk dalam Kategori Obesitas/gemuk. Perhitungan IMT Pada Ibu hamil bertujuan untuk deteksi dini resiko pre eklampsia tetapi pada pemeriksaan fisik ibu tidak mengalami oedema. Dapat di simpulkan bahwa meskipun dengan IMT 20,4 ibu tidak memiliki tanda-tanda adanya preeklampsia

Hasil pengukuran tekanan darah yaitu 110/70 mmHg, sedangkan menurut Antenatal Care Terpadu Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria. Tekanan dara pada ibu mencapai batas normal dan tidak

terdapat oedema maka dari itu peneliti tidak melakukan pemeriksaan proteinuria

Hasil Pengukuran LILA yang di peroleh saat kontak pertama adalah 30 cm, sedangkan menurut Antenatal Care Terpadu Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR), Berdasarkan fakta dan teori peneliti menunjukkan bahwa Tanda dan Gejala ibu mengalami KEK adalah berat badan ibu sebelum hamil <42 kg, tinggi badan ibu < 145 cm, Berat badan ibu pada kehamilan TM3 <45, hal itu tidak terdapat pada ibu, maka dapat di simpulkan bahwa ibu tidak memiliki Resiko untuk terjadinya KEK

Untuk menilai kesejahteraan janin maka penulis melakukan pengukuran TFU pada pengkajian awal di dapatkan hasil 2 jari bawah px (28 cm) TBJ 2480 gram, Pada kunjungan rumah pertama di dapatkan hasil 3 jari bawah px (30 cm) TBJ 2945 gram, dan pada kunjungan rumah ke 2 di dapatkan 3 jari bawah px (30 cm) TBJ 2945 gram Menurut Varney (2001) Perkiraan Tinggi Fundus Uteri yang di harapkan pada berbagai minggu minggu usia Gestasi, minggu ke 32 (3 jari di atas Pusat), 36-38 (1 jari di bawah prosessus sifoideus), 40 (2-3 jari di bawah prosessus sifoideus jika terjadi penurunan uterus (lightening). Berdasarkan Teori dan fakta di atas Maka di dapatkan bahwa TFU

semakin turun tetapi Taksiran berat badan semakin bertambah karena bagian terendah janin semakin turun dan sudah nmasuk Pintu Atas Panggul.

Untuk mengukur kesejahteraan janin selain TFU dan TBJ adalah DJJ, pada pengkajian awal di dapatkan hasil (145 x/menit), kunjungan rumah pertama (139 x/menit), dan pada kunjungan kedua (148 x/menit). Menurut Rohani (2011) DJJ di gunakan untuk mengkaji status bayi. Frekuensi DJJ normal adalah 120-16- x/menit. Berdasarkan Fakta dan teori di atas rata rata DJJ dalam masih dalam batas normal.

Pada kasus didapatkan data bahwa pada pemeriksaan Lab HB Sahli pada saat trimester II di dapatkan hasil 11,1 gr % dan ibu tidak melakukan pemeriksaan lab lengkap selama kehamilan Trimester I dan Trimester 3. Menurut Kementrian Kesehatan RI (2010), Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

Berdasarkan Kasus dan teori ibu hanya melakukan pemeriksaan HB pada TM II, Padahal pemeriksaan kadar hemoglobin sangat diperlukan pada awal kehamilan karena pada awal kehamilan anemia sering terjadi dan sebagian besar disebabkan oleh difisiensi zat besi. Namun hal ini dilakukan apabila terdapat indikasi untuk dilakukannya

pemeriksaan hemoglobin. Dan pada trimester tiga juga perlu dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin untuk mencegah terjadinya anemia postpartum. Selain itu ibu tidak melakukan pemeriksaan lainnya seperti gula darah dan adanya protein urine untuk mengetahui adanya diabetes mellitus dan pre-eklamsi di karenakan adanya kendala yaitu Terdapat masalah keluarga yang harus memaksa ibu untuk pulang kampung hari itu juga.

Pada pengkajian didapatkan analisa pada pasien yaitu G₂P₁A₀ UK 37 minggu 3 hari, hidup, letak kepala, kesan jalan lahir normal, TFU 30 cm, KU ibu dan Janin : Janin hidup ,tuggal, let kep U, keadaan umum janin baik. Pada kehamilan disini sudah sesuai antara teori dan kasus, karena ketika ibu kontrol atau periksa ibu sudah di berikan HE bagaimana cara menangani keputihan. Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat (Kepmenkes, 2007). Kemudian diikuti sampai dengan catatan perkembangan sampai dengan 2 minggu, didapatkan analisa data G₂P₁A₀ UK 38 minggu 6 hari , Hidup, Tunggal.

Pada kasus, ibu diberikan KIE tentang penyebab keputihan dan menjelaskan penanganan agar keputihan berkurang. Upaya mengurangi keputihan dengan mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan genetalia dengan cara cebok dengan benar dengan arah dari depan kebelakang dan setelah itu di keringkan dengan tissue, sering mengganti celana dalam, menggunakan celana dalam dengan bahan yang muda menyerap keringat

seperti kain katun, dengan *melakukan* kunjungan rumah dan memberikan KIE kepada pasien. Berdasarkan pada hasil evaluasi sudah sesuai antara teori dan kasus. Ibu merasakan keputihan dapat berkurang sedikit setelah melakukan cara -cara mengatasi keluhan yang dirasakan.

4.2 Persalinan

Pada tanggal 05 Mei 2016 pukul 23.00 WIB pada proses persalinan ibu mengatakan keluhanya kenceng-kenceng semakin sering dan keluar lendir bercampur darah . Menurut (Manuaba, 2010), tanda-tanda persalinan adalah sebagai berikut: Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek, terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah, ketuban pecah, terdapat perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks). Keluhan yang dirasakan ibu adalah hal yang wajar di rasakan oleh ibu menjelang persalinan dan keluhan ini merupakan tanda-tanda menjelang persalinan, kenceng-kenceng akan berakhir ketika bayi sudah lahir. Keluhan keputihan yang dialami pada waktu masa kehamilan tidak akan mempengaruhi pada proses persalinan karena sudah teratasi dengan baik ,pasien tidak mengeluhkan keputihan lagi.

Pada data obyektif diperoleh hasil pemeriksaan fisik, pada tanda-tanda vital, inspeksi, palpasi, auskultasi pada abdomen, dan genetalia. Pada pemeriksaan diperoleh tidak teraba benjolan spina, pembukaan VT 4 cm, effacement 25%, ketuban +, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, sutura tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil janin. Menurut (JNPK,

2008) Persalinan kala I pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm, fase aktif terjadi penurunan bagian terbawah janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat. (kontraksi uterus dianggap adekuat bila terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit lama 40 detik/lebih) lama persalinan pada primi ± 12 jam dan multi ± 8 jam. pada kasus Ny. N datang dengan pembukaan 4cm dan di observasi lama kala I dapat di simpulkan bahwa 3 jam lagi pembukaan sudah lengkap, tetapi pada kasus hanya berlangsung 1 jam 45 menit untuk mencapai pembukaan lengkap, karena setiap individu berbeda-beda dalam menghadapi persalinan dan juga karena kekuatan kontraksi makin lama dan makin sering sehingga kepala bayi cepat turun ke bawah dan menyebabkan proses pembukaan semakin cepat dan semakin bertambah. Berdasarkan analisa data asuhan kebidanan ibu nifas yang dilakukan tidak didapatkan kesenjangan antara teori dengan kasus.

Pada kasus didapatkan analisa pada ibu G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 4 hari inpartu kala I fase aktif. Janin hidup, tunggal, intrauterin. Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat (Kepmenkes, 2007). Analisa yang didapat pada persalinan yaitu ibu G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 3 hari inpartu kala I fase aktif.

Pada proses persalinan, semua tindakan dalam perencanaan hampir seluruhnya dapat dilaksanakan tetapi pada 58 langkah APN tidak dapat seluruhnya dilakukan. Berikut hal-hal yang tidak dapat terlaksana dalam 58 langkah APN: seperti pada petugas kesehatan tidak menggunakan APD secara lengkap yaitu penutup kepala, masker dan kaca mata google pada proses persalinan. Menurut (JNPK –KR/POGI, 2008) tindakan pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Memakai sarung tangan mengenakan perlengkapan pelindung pribadi (penutup kepala, kaca mata, masker, clemek, sepatu boot, dll) dapat melindungi penolong terhadap percikan yang dapat menkontaminasi dan menyebar penyakit. Berdasarkan fakta di lahan dan teori terdapat ketidaksesuaian yaitu petugas tidak menggunakan APD secara lengkap pada proses persalinan dimana petugas hanya menggunakan sarung tangan, dan celemek saja dikarenakan tidak tersedianya perlengkapan tersebut. Hal ini akan berdampak pada perlindungan terhadap bahaya bagi tenaga kesehatan itu sendiri. Maka disarankan untuk wajib menggunakan APD lengkap saat menolong persalinan agar terhindar dari resiko terinfeksi penyakit. Selain itu, meletakkan kain bersih 1/3 bagian pada bokong ibu. Dari hasil pengamatan dilahan terdapat ketidaksesuaian pada teori yang ada, dilahan didapatkan tidak menggunakan kain bersih yang dilipat 1/3 dibawah bokong ibu tetapi menggunakan underpads yang diletakkan dibawah bokong ibu. Hal ini dapat diperbolehkan jika dilihat dari sisi positifnya, yaitu dapat dengan mudah menyerap urine jika ibu BAK dan penggunaan

underpads adalah sekali pakai, jika underped kotor tetap diganti dengan yang bersih. Pemakaian underpads juga tidak berdampak negatif pada ibu dan bayi.

Menurut Nurasiah (2012), Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah proses menyusu sendiri segera setelah lahiran. Hal ini merupakan kodrat dan anugrah dari Tuhan yang sudah disusun untuk kita. Melakukannya juga tidak sulit, hanya membutuhkan waktu sekitar satu hingga dua jam. IMD ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir di dada ibunya dan membiarkan bayi merayap untuk menemukan puting susu ibu untuk menyusu. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) perlu dilakukan karena mengingat untuk meningkatkan bounding attachment antara ibu dan bayi, namun dalam kondisi tertentu IMD mungkin tidak dapat dilakukan seperti persalinan dengan operasi sesar, persalinan dengan komplikasi tertentu sehingga membutuhkan penanganan segera. Dilakukan IMD sekitar 1 jam akan tetapi belum bisa dikatakan berhasil karena bayi belum mencapai puting susu ibu sepenuhnya, disamping itu ibu juga membutuhkan rasa nyaman pasca melahirkan dan perlu dibersihkan terlebih dahulu dari bekas darah dan air ketuban.

4.3 Nifas

Pada saat 6 jam post partum ibu mengatakan perutnya terasa mules dan nyeri. Menurut (Varney, 2007), keluhan yang sering dirasakan ibu nifas adalah nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, dan cemas. Rasa mules yang di rasakan oleh ibu merupakan hal yang normal yang selalu di alami oleh ibu nifas, sebab mules tersebut merupakan efek yang di timbulkan dari kontraksi uterus yang mengecil kebentuk semula dalam keadaan tidak hamil. Serta nyeri pada luka jahitan karena adanya luka syaraf yang terputus dan di jahit, proses penyembuhan luka akan cepat bila ibu menjaga pola kebersihan dan pola makan. Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram, Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, Pada 1 minggu post partum, TFU teraba petengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram, Pada 2 minggu post partum, TFU teraba di atas simpisis dengan berat 350 gram, Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram. (sulistyawati,2009).

Pada kasus didapatkan analisa P₂A₀ 2 jam Post Partum dengan nyeri luka jahitan perineum. Penyebab yang bisa timbul nyeri perineum, diantaranya: kerusakan perineum, teknik jahitan, perawatan lokal, obat-obatan, preparat sistemik. Rasa nyeri dapat diatasi dengan personal hygiene. Kebersihan diri membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada penyembuhan luka perineum dan penambahan jumlah nutrisi sangat diperlukan dalam

masa nifas dimana dapat memperbaiki jaringan-jaringan yang terbuka. Untuk bisa mengurangi nyeri luka jahitan dapat dilakukan dengan mobilisasi dini, dukungan suami, memberikan ASI kepada bayi agar fokus ibu terhadap nyeri dapat teralihkan. Berdasarkan perencanaan dan pelaksanaan asuhan kebidanan yang dilakukan pada kasus terdapat kesenjangan dengan teori, dimana Ny. N dilakukan kunjungan rumah hanya sampai 2 minggu nifas. Menurut teori Suherni tahun 2009, Pemerintah melalui Departemen Kesehatan, juga telah memberikan kebijakan dalam hal ini, sesuai dengan dasar kesehatan pada ibu pada masa nifas, yakni paling sedikit 4 kali kunjungan pada masa nifas, kunjungan rumah dilakukan sampai 6 minggu masa nifas dengan tujuan menanyakan penyulit-penyulit yang ada. Tujuan utama melakukan kunjungan rumah adalah untuk menilai status kesehatan ibu dan bayi baru lahir, juga mencegah, mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi, kunjungan rumah yang dilakukan pada Ny.N hanya dilakukan sampai nifas hari ke-15, namun sudah mencakup tujuan dari kunjungan 6 minggu masa nifas. Menurut pendokumentasian asuhan kebidanan nifas pada dilakukan dengan menulis pada buku KIA dan status nifas pasien. Hal ini sudah sesuai dengan SK Menkes 284 tahun 2004.

4.4 Bayi Baru Lahir

Ibu telah melahirkan anaknya yang ke-2 dengan usia kehamilan 39 minggu 4 hari. Bayi lahir pada tanggal 05 Mei 2016 pukul 10.50 WIB, JK perempuan.

Pada pemeriksaan obyektif ditemukan K/U baik, menangis kuat, gerak aktif, kulit merah, suhu $36,5^{\circ}$ C, bayi usia 6 jam, jenis kelamin perempuan, BB : 3100 gram, PB : 51 cm, LK : 34 cm, LD : 33 cm, LILA : 12 cm, nadi : 132 x/menit, pernafasan 46 x/menit, reflek hisap baik, tidak sesak, tidak sianosis, abdomen tidak kembung, tali pusat basah, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda-tanda infeksi, BAK (+) BAB (+), menyusu (+), ikterus(-) serta tidak ditemukan kelainan yang ada pada bayi baru lahir tersebut.

Bidan menganalisa data yang di peroleh pada pengkajian, menginterpretasikanya secara akurat dan logis untuk menegakkan analisa dan masalah kebidanan yang tepat (Kepmenkes, 2007). Berdasarkan analisa yang di dapat dari kasus yaitu Neonatus cukup bulan usia 6 jam.

Bidan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya tiap 2 jam, dan membangunkan bayi apabila bayi sudah waktunya minum. Menurut teori, Kajian implementasi ASI eksklusif 2001 World Health Organization (WHO), menyimpulkan bahwa bayi yang disusui secara eksklusif sampai 6 bulan umumnya lebih sedikit mengalami penyakit gastrointestinal, dan lebih sedikit mengalami gangguan pertumbuhan.

Studi kualitatif Fikawati dan Syafiq melaporkan faktor predisposisi kegagalan ASI eksklusif adalah karena pengetahuan dan pengalaman. (Fikawati, Syafiq,2010). Berbagai penelitian telah mengkaji manfaat pemberian ASI eksklusif, sangat baik untuk menjelaskan KIE tentang pentingnya memberikan ASI eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan, dan memotivasi ibu bahwa ibu bisa memberikan ASI secara eksklusif. Pada kasus, bidan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya tiap 2 jam, dan membangunkan bayi apabila bayi sudah waktunya minum. Menurut teori, penelitian telah mengkaji manfaat pemberian ASI eksklusif dalam hal menurunkan mortalitas bayi, menurunkan morbiditas bayi, mengoptimalkan pertumbuhan bayi, membantu perkembangan kecerdasan anak dan membantu memperpanjang jarak kehamilan bagi ibu (Fikawati, Syafiq,2010). Ibu harus tahu betapa pentingnya ASI bagi buah hatinya, bidan harus menyampaikan hal ini agar status kesehatan semua bayi indonesia baik.