

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas hasil pengkajian asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada Ny W di BPM Farida Hajri Surabaya. Pembahasan merupakan bagian dari laporan tugas akhir yang membahas tentang adanya kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus yang nyata di lapangan serta alternatif tindakan untuk mengatasi permasalahan dan menilai keberhasilan masalah dengan secara menyeluruh.

4.1 Kehamilan

4.1.1 Subyektif

Pada data subyektif didapatkan identitas ibu yaitu Ny W dengan keluhan kram kaki yang dirasakan saat kelelahan, tidur atau bangun tidur sehingga menimbulkan bengkak pada kaki. Kram yang dirasakan akan menghilang dalam waktu kurang lebih 30 detik. Kram kaki sering dikeluhkan ibu hamil terutama pada trimester 3, bentuk gangguan berupa kejang pada otot betis atau otot telapak kaki. Kram kaki cenderung menyerang pada malam hari selama 1-2 menit, walaupun singkat tetapi dapat mengganggu tidur, karena sakit yang menekan betis atau telapak kaki (Syafrudin dkk, 2011).

Dari data subyektif yang didapat dari Ny W dibandingkan dengan teori yang ada bahwa kram kaki yang dirasakan termasuk kategori fisiologis yang disebabkan karena otot yang sudah dalam posisi memendek dirangsang untuk

berkontraksi, selain itu kram kaki juga bisa disebabkan karena kurang kalsium dan kelelahan atau penurunan sirkulasi. Kram kaki yang dirasakan ibu tidak mengganggu aktivitasnya karena hanya terjadi sebentar atau saat tidur, sehingga upaya yang dilakukan ibu untuk mengurangi kram kaki adalah istirahat cukup, konsumsi kalsium cukup, menggerakkan jari kaki ke atas bila terjadi kram kaki saat duduk maupun tidur serta mengurangi konsumsi garam.

Berdasarkan data subyektif didapatkan ibu melakukan kunjungan *Antenatal Care* (ANC) sebanyak 8x, pada trimester 1 tidak melakukan kunjungan, trimester 2 1 kali ke puskesmas dan 7 kali melakukan kunjungan pada trimester 3, serta didapatkan skor pada KSPR ibu hamil adalah 6 yang termasuk dalam kategori kehamilan risiko tinggi.

Untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan setiap ibu hamil dianjurkan untuk melakukan kunjungan *antenatal* komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami atau pasangan atau keluarga yaitu 1 kali pada trimester 1 (sebelum usia kehamilan 16 minggu), 1 kali pada trimester 2 (usia kehamilan antara 24-28 minggu), dan 2 kali pada trimester 3 (usia kehamilan antara 30-32 minggu dan 36-38 minggu) (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan hasil dan teori diatas Ny W tidak melakukan kunjungan *antenatal* sesuai dengan standart, yaitu tidak melakukan kunjungan saat trimester 1 yang tidak lain guna menghindari risiko komplikasi pada kehamilan, maka dari itu K1 tidak tercapai sehingga K4 juga tidak tercapai. Selain itu ibu juga sudah masuk dalam kategori kehamilan risiko tinggi yang didapatkan dari KSPR

sehingga ibu harus mendapatkan penanganan yang lebih dari pada ibu hamil yang lain.

4.1.2 Obyektif

Berdasarkan pengkajian data obyektif didapatkan kaki ibu bengkak yang merupakan salah satu tanda *preeklamsi* dalam kehamilan, kemudian didapatkan hasil pemeriksaan MAP : 80, ROT: 10 yang di hitung saat awal kehamilan. Perhitungan ini untuk mendeteksi secara dini terjadinya *preeklamsi* yaitu dengan *Mean Arterial Pressor* (MAP) yang diperiksa pada usia kehamilan 18-26 minggu dihitung hasil siastol dan diastol dengan nilai normal 70-110 mmHg. *Roll OverTest* (ROT) diperiksa pada usia kehamilan 28-32 minggu dihitung saat posisi tidur miring dan terlentang dalam waktu 10 menit, catat perbedaan diastol miring dan terlentang. Hasil pemeriksaan ROT (+) jika perbedaan ≥ 20 mmHg, ROT (-) jika perbedaan < 20 mmHg. Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan dengan teori yang sudah ada bahwa ibu tidak terdeteksi terjadi *preeklamsi*, karena hasil perhitungan menunjukkan angka normal dan bisa dibuktikan dengan hasil tekanan darah yang selama ini ibu kontrol kehamilan sampai saat persalinan berlangsung. Tekanan darah ibu menunjukkan angka yang selalu normal sehingga ibu tidak terjadi *preeklamsi*.

Hasil pemeriksaan indeks masa tubuh (IMT) ibu juga menunjukkan hasil yang normal yaitu 24,2 dihitung dengan rumus berat badan (kg) / Tinggi badan² (m). Menurut Romauli (2011) perhitungan IMT untuk menghitung kenaikan berat badan selama hamil. Hasil normal IMT adalah rendah (19,8), Normal (19,8-26.0), Tinggi (26,1-29,0), Obes (> 29,0). Jadi hasil pemeriksaan IMT ibu menunjukkan

nilai normal sesuai dengan teori yang sudah ada, dan penambahan berat badan ibu selama hamil yaitu 12 kg. Perhitungan IMT juga bisa menentukan apakah ibu menderita *preeklamsi* atau tidak karena deteksi *preeklamsi* selain dengan cara MAP dan ROT juga bisa dengan hasil IMT. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan obesitas maka kemungkinan bisa terjadi *preeklamsi*.

Pada kasus ini, pasien sudah melakukan pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan urin diantaranya pemeriksaa Hemoglobin (Hb), Golongan Darah, *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC), reduksi urin dan protein urin yang dilakukan di puskesmas. Menurut Depkes (2010), pemeriksaan kadar Hb 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. Pemeriksaan protein dalam urin pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya *Proteinuria* pada ibu hamil. *Proteinuria* merupakan salah satu indikator terjadinya *preeklamsia* pada ibu hamil. Berdasarkan hasil dan teori bahwa ibu sudah melakukan pemeriksaan darah dan urin lengkap selama hamil sesuai dengan standar ANC terpadu yaitu pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus) diantaranya pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin darah, pemeriksaan protein urin, dan pemeriksaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).

4.1.3 *Assesment*

Berdasarkan asuhan kebidanan yang dilakukan pada penyusunan diagnosa didapatkan hasil ibu : G4 P2 A1 usia kehamilan 35 minggu 6 hari dengan kram kaki. Janin tunggal, hidup, letak kepala U. Berdasarkan pendapat Saminem (2010) diagnosa hamil GPA, letak memanjang dan punggung janin, Intrauteri, Tunggal, Hidup, Ibu kram kaki dan odem kaki derajat I.

4.1.4 *Planning*

Pada pelaksanaan asuhan, ibu sudah mengatasi kram kaki dengan melakukan aktivitas sehari-hari, tidak menggantung kaki saat duduk, memperhatikan asupan makanan yang mengandung kalsium. Menurut Syafrudin dkk (2011) bila terkena kram kaki ketika duduk atau saat tidur, coba untuk menggerakkan jari jari kaki kearah atas. Pengobatannya dengan memberikan suplementasi gara kalsium yang tidak mengandung fosfor, gunakan *antacid alumunium hidroksida* untuk meningkatkan pembentukan fosfor yang tidak melarut, dan pijatan kaki. Selain itu menurut Onggo (2010) cara yang dapat dilakukan saat mengalami kram kaki pada saat kehamilan yaitu jangan menambahkan garam pada makanan yang dikonsumsi saat hamil karena dapat meningkatkan risiko terjadinya penumpukan cairan. Ketika kram terjadi, ulurkan kaki sejauh mungkin untuk mencegah kontraksi otot. Letakkan lengkung telapak kaki pada botol kemudian gulingkan ke depan dan ke belakang di lantai untuk meningkatkan sirkulasi darah pada kaki sekaligus meredakan ketegangan otot betis.

Pelaksanaan dalam melakukan asuhan yang telah ditetapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan suatu asuhan yang telah direncanakan. Dari pemberian informasi diharapkan kram kaki yang dirasakan ibu banyak berkurang dan hilang setelah proses persalinan.

4.2 Persalinan

4.2.1 Subyektif

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan didapati ibu mengeluh perut kenceng-kenceng sejak tanggal 8 Maret 2016 pukul 23.30 WIB, dan mengeluarkan lendir darah tanggal 9 Maret pukul 03.00 WIB dan tidak mengeluarkan air ketuban.

Menurut Marmi (2012) menjelang persalinan terdapat tanda-tanda persalinan yaitu terjadinya kontraksi yang teratur, terdapat pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina (*Blood Show*), dan pengeluaran cairan yaitu pecahnya ketuban.

Tanda-tanda persalinan sangat penting untuk dikaji karena untuk menentukan apakah ibu sudah dikatakan inpartu atau belum, dan untuk mempermudah dalam memberikan asuhan. Keluhan yang dirasakan ibu adalah hal yang fisiologis yang terjadi saat persalinan.

4.2.2 Obyektif

Berdasarkan data obyektif didapatkan hasil pemeriksaan dalam pukul 03.30 WIB didapatkan hasil VT Ø 4 cm, eff 25 %, konsistensi lunak, ketuban utuh, presentasi kepala, HIS 2 x 10' x 25'' dan ibu diberi asuhan kebidanan di

BPM. Setelah diobservasi pada pukul 08.30 WIB ibu mengeluarkan lendir darah tapi belum mengeluarkan ketuban VT Ø 6 cm, effacement 50%, presentasi kepala, teraba hodge II, molase 0, tidak teraba bagian kecil janin. Pada pukul 11.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam yaitu VT Ø 9 cm, eff 90 %, ketuban (+), presentasi kepala, denominator ubun ubun kecil (UUK) kadep, tidak teraba bagian terkecil janin, tidak ada molase, penurunan kepala *Hodge* (H) III, HIS 3 x 10' x 45", dari hasil pemeriksaan ibu telah melewati garis waspada di partograf. Pada pukul 12.15 ibu merasakan adanya dorongan meneran diikuti tanda tanda persalinan yaitu tekanan anus, perineum menonjol dan vulva membuka VT Ø 10 cm, effacement 100%, ketuban (+), presentasi kepala, kepala teraba *hodge* III, denominator UUK Kadep, selanjutnya dilakukan mekanisme pertolongan persalinan kala II, karena ketuban belum pecah maka dilakukan amniotomi.

Menurut pendapat Nurasiah (2012) Kala I dimulai sejak adanya his yang menyebabkan pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Inpartu (mulai partus) ditandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*blood show*) melalui vagina. Menurut Marmi (2012) Didalam fase aktif ini frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm, hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu, 1 cm perjam untuk *primigravida* dan 2 cm untuk *multigravida*. Untuk pemeriksaan tekanan darah, pembukaan serviks dan penurunan dilakukan setiap 4 jam pada

fase aktif, DJJ dan HIS dilakukan tiap 30 menit. Dan perbedaan lamanya kala I pada *primigravida* dan *multigravida* adalah pada *primigravida* serviks mendarat (*effacement*) dulu baru dilatasi berlangsung 13-14 jam, sedangkan pada *multigravida* mendarat dan membuka bisa bersamaan dan berlangsung 6-7 jam.

Menurut buku (Marmi, 2012) fase aktif sampai pembukaan lengkap akan terjadi dalam 5 jam yaitu 3 jam pembukaan 4cm-9cm dan 2 jam pembukaan 9cm-10cm, kemudian untuk ibu *multigravida* akan melalui pembukaan 2cm setiap jam, jika sesuai dengan teori yang ada ibu sudah mendapat pembukaan lengkap dalam 3 jam. Pada saat memasuki fase persalinan kala 2 menurut Buku Saku Kemenkes RI (2013) untuk *multigravida* bayi lahir dalam waktu kurang dari 60 menit, namun dalam kurun waktu 60 menit bayi belum lahir sehingga bidan praktek mandiri (BPM) mengambil kebijakan untuk merujuk ibu ketempat rujukan terdekat atau sesuai dengan permintaan pasien. Ditempat rujukan dokter rumah sakit DKT melakukan tindakan vakum ekstraksi karena persalinan sudah lebih dari 60 menit dan belum ada kemajuan persalinan. Peneliti tidak memiliki izin tertulis untuk membantu proses persalinan sehingga peneliti hanya mendampingi pasien, namun peneliti diperbolehkan untuk melakukan observasi kala IV 2 jam *postpartum*.

4.2.3 Assesment

Berdasarkan analisa data asuhan kebidanan persalinan yang dilakukan didapatkan hasil diagnosa Ibu: G4 P2 A1 Usia Kehamilan 39 Minggu inpartu kala I prolong fase aktif dan kala II. Janin: Tunggal, Hidup, Intra Uteri, Letak Kepala U.

4.2.4 *Planning*

Berdasarkan rencana dan pelaksanaan asuhan Kala 1 yang dilakukan pada persalinan Ny. W diberikan asuhan sayang ibu sesuai dengan kebutuhan ibu yaitu memberikan dukungan, menganjurkan keluarga untuk menemani ibu, menghargai privasi ibu, menganjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan, mengganti *underpad*, memfasilitasi ibu pemberian teh dan mengajarkan ibu cara relaksasi yang benar saat ada kontraksi. Menurut JNPK (2008) asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan *vacum*, *cunam*, dan *sexio cesarea*, dan persalinan berlangsung lebih cepat. Berdasarkan asuhan yang diberikan Pada Ny. W sudah sesuai dengan teori yang ada yaitu memberikan asuhan sayang ibu saat proses persalinan berlangsung sehingga ibu merasa lebih nyaman dan tenang dalam menjalani proses persalinan berlangsung.

Namun pada penatalaksanaan kala 2 terdapat persalinan lama yaitu setelah pembukaan lengkap 1 jam tidak terdapat kemajuan persalinan sehingga partograf melewati garis waspada dan ibu dirujuk ke tempat fasilitas kesehatan yang

berwenang membantu persalinan Ny W, di tempat pelayanan rujukan ibu bersalin dengan vacum ekstraksi.

4.3 Nifas

4.3.1 Subyektif

Berdasarkan asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny. W di Rumah Sakit DKT Gubeng ditemukan Keluhan ibu adalah mules yang dirasakan sejak setelah plasenta lahir. Menurut Walyani (2015) adalah suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Uterus biasanya berada di *organ pelvic* pada hari ke-10 setelah persalinan. Dari uraian tersebut keluhan yang dirasakan oleh ibu adalah hal yang fisiologis akibat adanya proses pengembalian fungsi kerja keadaan sebelum hamil.

Pada 2 jam *postpartum* masalah yang dialami ibu adalah perut masih terasa mules dan nyeri pada luka jahitan. Hal tersebut adalah sangat fisiologis karena ibu baru saja melahirkan dan proses kembalinya uterus dan rasa nyeri pada luka jahitan adalah karena ibu habis dilakukan penjahitan akibat robekan jalan lahir sehingga harus dijahit. Pada 6 jam *postpartum* peneliti tidak melakukan observasi persalinan karena keterbatasan dalam hal perizinan.

Pada kunjungan nifas 24 jam ibu masih merasakan nyeri luka jahitan. Peneliti belum bisa mengajarkan atau mengobservasi teknik menyusui ibu karena bayi masih berada di rumah sakit.

Pada kunjungan nifas 3 hari ibu masih merasakan nyeri pada luka jahitan jika dibuat duduk. Kemudian dilakukan pengkajian teknik menyusui yang benar. Menurut Sulistyawati (2009) cara menyusui yang benar yaitu posisi ibu dan bayi

harus benar, bisa dengan miring atau duduk, setelah itu proses pelekatan bayi dengan ibu harus benar. Badan bayi harus dihadapkan ke arah badan ibu dan mulutnya berada di hadapan puting susu ibu, leher bayi harus sedikit ditengadahkan. Tanda-tanda pelekatan yang benar antara lain: tampak *aerola* masuk sebanyak mungkin, mulut terbuka lebar, bibir atas dan bawah terputar keluar, dagu bayi menempel pada payudara. Teknik menyusui yang kurang benar yang bisa menyebabkan puting susu ibu lecet. Dalam penatalaksanaan pada klien dilakukan selama 6 jam sampai 6 minggu *postpartum* kesehatan ibu terus meningkat sesuai dengan harapan yang diinginkan.

4.3.2 Obyektif

Berdasarkan pemeriksaan obyektif didapatkan keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu pada 2 jam *postpartum* jam tekanan darah ibu kembali normal yaitu 120/59 mmHg. Menurut Nurjanah (2013) Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg *sistole* dan 10 mmHg *diastole*. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada *postpartum* dapat menandakan terjadinya *preeklamsi* pada masa *postpartum*. setelah akhir kala III TFU 1 jari bawah pusat, saat 2 jam *postpartum* TFU 2 jari bawah pusat, saat 1 minggu *postpartum* TFU pertengahan *symphysis* dan pusat, dan 2 minggu *postpartum* TFU berada 3 jari atas *symphysis*. Menurut Walyani (2015) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr, Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr, Satu minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan

berat uterus 500 gr, Dua minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.

Pengeluaran *lochea* adalah *lochea rubra* sampai *postpartum* hari ke 3, saat 1 minggu *postpartum* terdapat *lochea sanguinolenta* dan 2 minggu *postpartum* terdapat *lochea alba*. Menurut Nurjanah (2013) *Lokhea rubra (cruenta)* : berwarna merah tua berisi darah dari robekan/ luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua* dan *korion*, *verniks kaseosa*, *lanugo*, sisa darah dan *mekonium*, selama 3 hari *postpartum*, *Lokhea sanguinolenta* : berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4- 7 *postpartum*, *Lokhea serosa* : berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari *leukosit* dan robekan *laserasi plasenta*, pada hari ke 7-14 *postpartum*, *Lokhea alba* : cairan putih berisi *leukosit*, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu *postpartum*.

Berdasarkan uraian diatas tekanan darah ibu normal. Untuk proses involusi uterus ibu terjadi dengan normal, kontraksi uterus keras sehingga tidak terjadi perdarahan pada ibu dan tidak ada tanda-tanda menghambat proses involusi uterus. Untuk *lochea* yang keluar dari vagina tidak ada ketidaksesuain antara kenyataan dengan teori karena perubahan *lochea* juga normal dan tidak ada tanda-tanda *lochea purulenta* (infeksi).

Sesuai kebijakan nasional kunjungan masa nifas, kunjungan nifas (KF) 1 dilakukan pada 6-8 jam *postpartum*, namun karena ibu dirujuk dan terbatas oleh waktu kunjungan pasien di rumah sakit maka KF 1 dilakukan 24 jam *postpartum*

saat pasien sudah pulang ke rumah. Kemudian untuk kunjungan selanjutnya dilakukan sesuai dengan kebijakan nasional kunjungan masa nifas.

4.3.3 *Assesment*

Berdasarkan analisa data asuhan kebidanan ibu nifas diagnosa P3 A1 *Postpartum* 2 jam.

4.3.4 *Planning*

Berdasarkan perencanaan dan pelaksanaan asuhan kebidanan yang dilakukan pada ibu nifas untuk melakukan kunjungan rumah yang dilakukan pada Ny. W sesuai dengan kebijakan nasional kunjungan ibu nifas yaitu sampai 6 minggu. Menurut Walyani (2015) Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk: Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi, Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas, Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya yaitu dilakukan saat 6-8 jam *postpartum*, 6 hari *postpartum*, 2 minggu *postpartum* dan 6 minggu *postpartum*. Kunjungan rumah yang dilakukan pada Ny. W dilakukan awal pada 24 jam *postpartum* dikarenakan pasien dirujuk sehingga peneliti tidak memiliki izin untuk melakukan kunjungan 6-8 jam, sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan kunjungan nifas awal atau KF 1. Namun selanjutnya peneliti melakukan kunjungan sesuai dengan ketentuan.

4.4 Neonatus

4.4.1 Subyektif

Peneliti tidak melakukan pengkajian pada hari pertama karena bayi baru lahir berada di ruang bayi dan keluarga juga tidak tahu mengenai bayinya karena tidak bebas untuk menemui bayi dengan beberapa aturan di rumah sakit.

Pada pengkajian hari ke 3 didapatkan bayi terbentuk caput saat dilahirkan dan caput sudah hilang 2 hari setelah bayi dilahirkan. Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK namun bayinya terlihat kuning sejak 1 hari lalu di rumah sakit, pada kunjungan 6 hari bayi masih terlihat kuning namun sudah berkurang, kemudian kunjungan rumah 8 hari bayi sudah kembali normal dan tidak terlihat kuning lagi.

Menurut Prawirohardjo (2010) ikterus fisiologis adalah ikterus normal yang dialami oleh bayi baru lahir, tidak mempunyai dasar patologis sehingga tidak berpotensi menjadi kern ikterus gejalanya timbul pada hari kedua dan ketiga setelah bayi lahir dan ikterus menghilang pada 10 hari pertama.

Kulit bayi terlihat kuning merupakan hal yang normal karena ikterus yang timbul pada hari kedua dan hari ketiga yang tidak mempunyai dasar patologik, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi menjadi kern icterus.

4.4.2 Obyektif

Pada kunjungan rumah hari ke 3 didapatkan hasil tanda-tanda vital: Nadi: 138 x/menit, Suhu: 36,6⁰C, RR: 48 x/menit. Menurut Sondakh (2013) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit, Denyut nadi berkisar 120-

160 kali/menit saat bangun. Hal ini menunjukkan bahwa Tanda-tanda vital bayi adalah dalam batas normal.

Berat badan bayi saat lahir sampai dengan dilakukan kunjungan rumah sampai hari ke 8 adalah 3700 gram – 3800 gram dan total kenaikan berat badan bayi \pm 100 gram. Menurut Wafi (2010), berat badan bayi umumnya naik 170-220 gram perminggu atau 450-900 gram perbulan selama beberapa bulan pertama. Kenaikan berat badan bayi belum memenuhi batas normal yaitu 100 gram selama 8 hari. Berat badan bayi merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi untuk menilai pertumbuhan fisik dan status gizi. Pemberian ASI yang adekuat sangat berpengaruh dalam kenaikan berat badan bayi dan asupan makanan yang diperoleh bayi juga dipengaruhi dari makanan yang dikonsumsi oleh ibu selama menyusui.

Pada pemeriksaan fisik bayi semua dalam batas normal, namun pada kunjungan 3 hari terdapat kulit bayi berwarna kuning mulai dari kepala, leher dan badan bagian bawah. Saat kunjungan rumah 6 hari warna kulit masih terlihat kuning namun sudah berkurang dan kunjungan rumah 8 hari warnah kulit bayi sudah tidak terlihat kuning.

Menurut Prawirohardjo 2010 ikterus fisiologis adalah ikterus normal yang dialami oleh bayi baru lahir,tidak mempunyai dasar patologis sehingga tidak berpotensi menjadi kern ikterus gejalanya timbul pada hari kedua dan ketiga setelah bayi lahir dan ikterus menghilang pada 10 hari pertama.

Jadi ikterus yang terjadi pada bayi Ny W adalah normal karena timbul pada hari ke dua dan menghilang pada saat usia bayi 8 hari dan tidak ada tanda-

tanda bayi malas minum. Jika ikterus pada bayi Ny W tidak ditangani akan menjadi ikterus yang patologis.

4.4.3 *Assesment*

Berdasarkan hasil pengumpulan data, didapatkan analisa neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 3 hari. 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 dari kasus yaitu neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 3 hari dengan ikterus neonatus KR II.

4.4.4 *Planning*

Berdasarkan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir bayi mendapatkan cukup ASI dari ibu, ibu memberikan ASI pada bayinya tiap 2 jam, dan membangunkan bayi apabila bayi sudah waktunya untuk minum. Ibu menyusui bayinya secara tidak terjadwal sehingga bayi mendapatkan cukup nutrisi. Menurut Prawirohardjo 2010, keberhasilan menyusui bukan sesuatu yang datang dengan sendirinya, tetapi merupakan ketrampilan yang perlu diajarkan. Agar ibu berhasil menyusui, perlu dilakukan berbagai kegiatan saat *antenatal*, *intranatal* dan *postnatal*. Disini bidan sudah memberikan tentang ASI eksklusif dan mengajarkan teknik menyusui dengan benar, dan ibu antusia dalam melakukannya.

Penatalaksanaan untuk masalah ikterus ibu selalu berusaha agar kulit bayinya tidak terlihat kuning dengan cara menyusui bayinya sesering mungkin, menjemur bayinya dibawah sinar matahari setiap hari. Menurut Nanny (2010) jika

ikterus fisiologis lakukan perawatan seperti bayi baru lahir normal lainnya, memberikan ASI sedini mungkin dan sesering mungkin, menjemur bayi dibawah sinar matahari dengan kondisi telanjang selama 30 menit, 15 menit dalam posisi terlentang dan 15 menit sisanya dalam posisi tengkurap antara jam 08.00 WIB – 09.00 WIB Pagi. Ibu sudah melakukan tindakan sesuai dengan teori, pemberian ASI secara tidak terjadwal dan bayi menghisap kuat agar bayi tidak dihidrasi, dan mempertahankan kekebalannya dari infeksi. Sedangkan menjemur dibawah sinar matahari memberikan efek kesehatan alami bagi tubuh. Salah satunya adalah untuk menurunkan kadar bilirubin yang terlalu tinggi yang menjadi penyebab bayi kuning pasca dilahirkan. Sinar matahari pagi mengandung spektrum sinar biru yang dapat membantu memecah bilirubin dalam darah sehingga kadar bilirubin kembali normal dan pada akhirnya efek kuning pada bayi dapat menghilang.