

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil pengkajian tentang Asuhan Kebidanan pada Ny D dengan *Nocturia* di BPM Afah Fahmi Surabaya. Pembahasan merupakan bagian dari Laporan Tugas Akhir yang membahas tentang adanya kesenjangan antara teori dengan kasus nyata di lahan serta untuk menilai keberhasilan masalah selama penulis melakukan pengkajian dan memberikan asuhan kebidanan.

4.1 Kehamilan

4.1.1 Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif terdapat keluhan ibu sering kencing sejak memasuki usia kehamilan 9 bulan. Berdasarkan pendapat Marmi (2011), peningkatan frekuensi BAK merupakan suatu gangguan/ketidaknyamanan yang fisiologis, umumnya terjadi pada ibu hamil Trimester I dan terjadi kembali pada Trimester III. Pada Trimester I terjadi pembesaran uterus dan penambahan berat uterus pada bagian fundus uteri, dan isthmus uteri menjadi lunak (tanda Hegar) yang menyebabkan uterus menjadi semakin antefleksi sehingga mendesak vesika urinaria. Sedangkan pada Trimester III peningkatan frekuensi BAK terjadi karena bagian terendah janin yang mulai memasuki PAP mendesak vesika urinaria.

Hal tersebut mengurangi kapasitas vesika urinaria sehingga urine yang tertampung terdesak keluar.

Berdasarkan sering kencing yang dialami pada Ny D, bahwa sering kencing yang dirasakan ibu merupakan sering kencing yang fisiologis karena sering kencing yang dirasakan ibu disebabkan karena pada kehamilan Trimester III bagian terendah janin mulai memasuki PAP sehingga menyebabkan sering kencing pada ibu hamil.

Pada kasus ini ibu melakukan kunjungan *Antenatal Care* (ANC) sebanyak 15 kali diantaranya 3 bulan pertama: 2 kali di Puskesmas Tembok Dukuh Surabaya, 3 bulan kedua: 2 kali di Puskesmas Tembok Dukuh Surabaya dan 2 kali di BPM Afah Fahmi Surabaya, 3 bulan terakhir 9 kali di BPM Afah Fahmi Surabaya. Berdasarkan Depkes (2007), frekuensi kunjungan ANC sebaiknya dilakukan paling sedikit 4x selama kehamilan dengan ketentuan waktu sebagai berikut: minimal 1x kunjungan selama Trimester I (<14 minggu) = K1, minimal 1x kunjungan selama Trimester II (antara minggu ke-14 sampai 28) = K2, minimal 2x kunjungan selama Trimester III (antara minggu ke-28 sampai 36 dan sesudah minggu ke-36) = K3 dan K4. Apabila terdapat kelainan atau penyulit kehamilan seperti mual, muntah, keracunan kehamilan, perdarahan, kelainan letak, dll, frekuensi pemeriksaan disesuaikan dengan kebutuhan. Hal tersebut menunjukkan ibu sudah melakukan kunjungan ANC sesuai dengan standart.

Berdasarkan hasil pengkajian ibu merasakan gerakan janin pertama kali (*Quickening*) saat usia kehamilan \pm 4 bulan dan ibu merasakan gerakan janin dalam

1 jam terakhir aktif yaitu ± 5 kali. Menurut (Sarwono, 2011), *quickening* terjadi pada minggu ke-18 atau minggu ke-20 pada primigravida dan pada umur 14 atau 16 minggu pada multigravida. Menurut (Irianti, 2013), gerakan janin normal yaitu dengan frekuensi 4 hingga 10, gerakan selama 2 jam. Baik dihitung pada awal pagi (perkiraan pukul 6-8 pagi), pagi hari (antara pukul 8-12), siang hari (antara pukul 12-18) dan malam hari termasuk waktu tidur (pukul 20-00), dengan mengikuti ritme aktifitas janin. Hal tersebut menunjukkan gerakan janin ibu dalam batas normal.

Berdasarkan hasil pengkajian ibu mendapatkan Imunisasi yaitu TT 5 pada tahun 2010. Berdasarkan ANC terpadu, bahwa dalam melakukan pemeriksaan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar yang salah satunya adalah memberikan Imunisasi Tetanus Toxoid pada ibu hamil. Menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN, 2005), manfaat imunisasi TT yaitu melindungi bayi yang baru lahir dari tetanus neonatorum dan melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka. Hal tersebut menunjukkan bahwa ibu telah melakukan Imunisasi TT sesuai dengan ANC terpadu. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi wanita untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap penyakit tetanus, walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan mendapatkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan.

Saat hamil ibu sudah mengonsumsi 95 tablet Fe. Menurut Asriman (2007), kebutuhan akan zat-zat selama kehamilan meningkat, peningkatan ini ditingkatkan untuk memenuhi kebutuhan janin untuk bertumbuh (pertumbuhan janin

memerlukan banyak darah zat besi, pertumbuhan plasenta dan peningkatan volume darah ibu, jumlahnya enzim 1000 mg selama hamil. Kebutuhan zat besi akan meningkat pada trimester II dan III yaitu sekitar 6,3 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan zat besi ini dapat diambil dari cadangan zat besi dan peningkatan adaptif penyerapan zat besi melalui saluran cerna. Apabila cadangan zat besi sangat sedikit atau tidak ada sama sekali sedangkan kandungan dan serapan zat besi dari makanan sedikit, maka pemberian suplemen sangat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan zat besi ibu hamil.

Menurut Waryana (2010), kebutuhan zat besi sebagai berikut: Trimester I kebutuhan zat besi ± 5 mg/hari (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah 30-40 mg untuk kebutuhan janin dan sel darah merah, Trimester II kebutuhan zat besi ± 5 mg/hari (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah kebutuhan sel darah merah 300 mg dan conceptus 115 mg, Trimester III kebutuhan zat besi ± 5 mg/hari (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah kebutuhan sel darah merah 150 mg dan conceptus 223 mg. Penyerapan zat besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan vitamin C dapat meningkatkan penyerapan. Kopi, teh, garam kalsium, magnesium dapat mengikat Fe sehingga mengurangi jumlah serapan. Karena itu sebaiknya tablet Fe diminum bersamaan dengan makanan yang dapat memperbanyak jumlah serapan, sementara makanan yang mengikat Fe sebaiknya dihindarkan atau tidak dimakan dalam waktu bersamaan. Disamping itu, penting pula diingat, tambahan besi sebaiknya diperoleh dari makanan.

Menurut Kemenkes RI (2010), pemberian tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama, sehingga selama kehamilan ibu sudah terpenuhi dalam mendapatkan tablet Fe.

Hal ini menunjukkan bahwa tablet Fe yang dikonsumsi ibu selama hamil sudah terpenuhi, selama pertumbuhan janin dan plasenta yang sangat pesat memerlukan banyak zat besi serta pada saat persalinan akan mengeluarkan banyak darah meskipun sedikit atau banyak sehingga pemberian tablet Fe dapat mencegah resiko terjadinya anemia pada ibu hamil.

4.1.2 Objektif

Berdasarkan pengkajian data objektif, didapatkan hasil pemeriksaan MAP: 83,3 mmHg, ROT: 10 mmHg dihitung saat awal kehamilan UK 34 minggu 4 hari. Perhitungan ini untuk mendeteksi secara dini terjadinya pre eklampsia yaitu dengan *Mean Arterial Pressor* (MAP) yang diperiksa pada usia kehamilan 18-26 minggu dihitung hasil sistole dan diastole 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 pre eklampsia, 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 kemungkinan ibu tidak terjadi pre eklampsia.

Hasil pemeriksaan IMT ibu juga menunjukkan hasil yang normal yaitu 23,1 kg/m² dihitung dengan rumus Berat Badan (kg) : Tinggi badan² (m). Jumlah penambahan BB pada Trimester I 3 kg, Trimester II 5 kg, dan Trimester III 3 kg, sehingga total penambahan BB selama hamil 11 kg. Menurut Irianti (2013), Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah nilai yang diambil dari perhitungan antara berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) seseorang. Hasil normal IMT adalah rendah (<19,8 kg/m²), normal (19,8-26.0 kg/m²), tinggi (26,1-29,0 kg/m²), obes (>29,0 kg/m²). Sedangkan kenaikan BB ibu hamil sampai akhir kehamilan sekitar 11-13 kg. Pada Trimester I kenaikan BB 1-2,5 kg/3 bulan, Trimester II rata-rata 0,35-0,4 kg/minggu, dan Trimester III pertambahan BB 1 kg/bulan. Berdasarkan kasus dengan teori hasil IMT dan penambahan BB selama hamil menunjukkan peningkatan BB ibu sama. Ibu menunjukkan nilai normal sesuai dengan teori yang sudah ada, dan penambahan BB ibu selama hamil yaitu 11 kg. Perhitungan IMT juga bisa menentukan apakah ibu menderita pre eklampsia atau tidak karena deteksi pre eklampsia selain dengan cara MAP dan ROT juga bisa dengan hasil IMT. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan obesitas.

Hasil pemeriksaan LILA ibu 28 cm. Menurut Kemenkes (2010), pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil beresiko kurang energi kronis (KEK). LILA minimal 23,5 cm. Berdasarkan hasil pemeriksaan bahwa, ukuran LILA ibu normal dan kemungkinan tidak terjadi KEK.

Pada kasus ini, ibu sudah melakukan pemeriksaan Laboratorium pada kehamilan Trimester I di Puskesmas Tembok Dukuh Surabaya yaitu pemeriksaan darah lengkap, diantaranya yaitu pemeriksaan Golongan Darah B, Hemoglobin

(Hb) 13,2 g/dl, PITCH NR (Non Reaktif), kadar gula darah (GDA) 92 mg/dl. Pada Trimester II ibu kembali melakukan pemeriksaan Hb di Puskesmas Tembok Dukuh Surabaya karena ibu mengeluh pusing sejak awal kehamilan sampai usia 4 bulan dan tekanan darah ibu rendah 90/60 mmHg, hasilnya 12,8 g/dl dan juga pemeriksaan Protein Urine (-) Negatif, dan Reduksi Urine (-) Negatif. Pada Trimester III dilakukan kembali pemeriksaan Hb hasilnya 11,4 g/dl.

Menurut Kemenkes Pedoman ANC Terpadu (2010), pemeriksaan golongan darah ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu, melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan. Pemeriksaan Hb dilakukan minimal sekali pada Trimester I dan sekali pada Trimester III dengan batas normal 12-15 g/dl. Pemeriksaan Hb 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 urine pada ibu hamil dilakukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre eklampsia pada ibu hamil. Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali terutama pada Trimester III. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan teori bahwa ibu sudah melakukan pemeriksaan darah dan urine selama hamil sesuai dengan standar ANC Terpadu yaitu pemeriksaan laboratorium diantaranya: pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin darah, pemeriksaan protein urine, pemeriksaan kadar gula darah, dan pemeriksaan HIV. Hasil pemeriksaan Hb, reduksi urine, protein urine, dan HIV

menunjukkan hasil yang normal dan kemungkinan ibu tidak mengalami Anemia, Diabetes Melitus, Pre Eklampsia dan HIV.

Pada pemeriksaan abdomen diperoleh TFU pertengahan pusat - *Prosesus Ximpoideus*/ 26 cm (tanggal 27 Februari 2016), TFU 3 jari di bawah *Prosesus Ximpoideus*/ 29 cm (tanggal 05 Maret 2016), TFU 2 jari di bawah *Prosesus Ximpoideus*/ 30 cm (tanggal 12 Maret 2016). Menurut Kemenkes RI (2010), pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan usia kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan usia kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu. Dari pemeriksaan tersebut didapatkan TFU sesuai usia kehamilan dan tidak ada gangguan pertumbuhan janin.

Pada kasus didapatkan ibu setiap kontrol kehamilan dilakukan pemeriksaan DJJ (Detak Jantung Janin) dengan hasil pemeriksaan 148 x/menit (tanggal 27 Februari 2016), 153 x/menit (tanggal 05 Maret 2016), 154 x/menit (tanggal 12 Maret 2016). Menurut Kemenkes RI (2010), penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin. Dari hasil pemeriksaan tersebut, didapatkan DJJ masih dalam batas normal antara 120-160 kali/menit. Pemeriksaan DJJ bertujuan untuk memantau kesejahteraan janin di dalam uterus.

4.1.3 Assesment

Berdasarkan asuhan kebidanan yang dilakukan pada penyusunan diagnosa didapatkan hasil ibu: G4 P2 A1 Usia Kehamilan 34 minggu 4 hari dengan *Nocturia*. Janin: tunggal-hidup, intra uteri, letak kepala U. Berdasarkan pendapat Saminem (2010), diagnosa hamil GPA, Gravida...mgg, letak memanjang dan punggung janin, Intrauteri, Tunggal, Hidup, ibu *Nocturia*.

4.1.4 Planning

Pada pelaksanaan asuhan, ibu diberikan HE tentang cara mengatasi sering kencing yaitu segera mengosongkan kandung kemih ketika ada dorongan untuk BAK, mengurangi minum sebelum 2 jam menjelang tidur agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan saat tidur di malam hari, memperbanyak minum pada siang hari, kurangi minum kopi dan teh karena mengandung senyawa kafein yang memicu sering kencing, menganjurkan ibu untuk meningkatkan kebersihan area genetalia yaitu setiap habis membersihkan area genetalia dilap hingga kering dengan handuk. Pada kunjungan rumah yang ke-1 mengingatkan kembali cara mengatasi sering kencing, mendiskusikan penyebab dan cara mengatasi keputihan serta memberi informasi tentang tanda-tanda bahaya kehamilan. Pada kunjungan rumah yang ke-2 juga mengingatkan kembali kepada ibu tentang cara mengatasi sering kencing, mengevaluasi keputihan yang dialami ibu serta memberi informasi tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan.

Menurut Sulistyawati (2009), penyebab sering kencing yaitu tekanan uterus pada kandung kemih menyebabkan sering buang air kencing pada malam hari akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran

air. Air dan sodium tertahan didalam tungkai bawah selama siang hari karena statis pada vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah urine.

Menurut Hani (2010), cara mengatasi sering kencing yaitu kosongkan kandung kemih ketika ada dorongan, perbanyak minum di siang hari, jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan, hindari minum kopi dan teh sebagai diuresis, jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan, tidak memerlukan pengobatan farmakologis, tingkatkan kebersihan genetalia. Pada kasus didapatkan bahwa sering kencing merupakan hal yang fisiologis pada kehamilan TM III karena adanya penurunan bagian terendah janin yang mulai memasuki PAP.

4.2 Persalinan

4.2.1 Subjektif

Pengkajian didapatkan menjelang akan bersalin ibu masih tetap merasakan buang air kecil, sering kencing yang dirasakan ibu semakin bertambah jumlah frekuensi dari biasanya. Menurut Tri Onggo (2012), sepanjang akhir kehamilan, saat kepala janin masuk dan berada di bawah level atas tulang panggul terjadi tekanan yang lebih besar pada kandung kemih dan keinginan untuk sering buang air kecil kembali terjadi. Keluhan sering kencing yang dirasakan ibu menjelang persalinan akan tetap dirasakan karena kepala janin akan semakin turun ke dalam dasar panggul yang akan diikuti dengan tanda-tanda persalinan.

Ibu mengatakan perut terasa kenceng-kenceng sejak tanggal 07-04-2016 pukul 23.00 WIB, tetapi belum mengeluarkan lendir dan darah, serta belum mengeluarkan air ketuban. Pada tanggal 09-04-2016 pukul 06.00 WIB ibu kembali ke BPM untuk diperiksa karena ibu khawatir dan merasakan kencengnya lebih sering 1x10'x15". Setelah diperiksa dalam (VT) oleh petugas, hasilnya belum ada pembukaan. Menurut JNPK-KR (2008), tanda dan gejala belum inpartu yaitu frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik, dan tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1 hingga 2 jam. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan teori, maka ibu belum dikatakan inpartu karena termasuk pada tanda dan gejala tersebut.

Pada tanggal 12-04-2016 pukul 06.00 WIB ibu mengeluh mengeluarkan lendir dan darah tetapi tidak mengeluarkan air ketuban, lalu pukul 14.30 WIB ibu kembali ke BPM karena merasakan kencengnya lebih lama dan sering lamanya, dalam 10 menit terjadi 3x kontraksi lamanya 25 detik. Menurut JNPK-KR (2008), tanda dan gejala inpartu terdapat penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit dan terdapat cairan lendir bercampur darah ("*show*") melalui vagina. Berdasarkan keluhan yang dialami oleh ibu menandakan bahwa ibu sudah mendekati persalinan karena terdapat tanda-tanda persalinan.

4.2.2 Objektif

Berdasarkan pemeriksaan data objektif, didapatkan hasil bahwa pemeriksaan dalam pada ibu tanggal 12 April 2016 pukul 14.30 WIB terdapat VT

Ø 2 cm, effacement 20 %, ketuban (+). Menurut Gulardi (2008), persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Ibu belum dikatakan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. Dari hasil pemeriksaan ibu sudah bisa dikatakan inpartu karena terdapat kontraksi uterus yang menyebabkan pembukaan serta penipisan pada serviks sehingga ibu diberikan asuhan di BPM.

Menurut JNPK-KR (2008), kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Di dalam fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm, pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Sedangkan pada fase aktif, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3x atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau lebih 10 cm akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara) berlangsung hingga 6 jam, serta terjadi penurunan bagian terbawah janin. Pada fase aktif terbagi atas 3 fase yaitu fase akselerasi (pembukaan 3-4cm) berlangsung hingga 2 jam, fase dilatasi maksimal (pembukaan 4-9 cm) berlangsung hingga 2 jam, dan fase deselerasi berlangsung lambat (pembukaan 9-10 cm) berlangsung hingga 2 jam. Untuk pemeriksaan

tekanan darah, pembukaan serviks dan penurunan bagian terbawah janin dilakukan setiap 4 jam sedangkan untuk pemeriksaan DJJ, HIS, dan nadi dilakukan tiap ½ jam.

Menurut Marmi (2012), perbedaan lamanya kala 1 pada primigravida dan multigravida adalah pada primigravida serviks mendatar (effacement) dulu kemudian dilatasi yang berlangsung 13-14 jam, sedangkan pada multigravida mendatar dan membuka bisa bersamaan yang berlangsung 6-7 jam.

Menurut kasus dengan teori tersebut, proses pembukaan pada tanggal 12 April 2016 pukul 14.30 WIB didapatkan hasil VT Ø 2 cm, effacement 20 %, ketuban (+), merupakan ibu masih dalam fase laten yaitu dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks sampai pembukaan 3 cm. Pada pukul 18.30 WIB didapatkan hasil VT Ø 6 cm, effacement 60 %, ketuban (+), presentasi kepala, denominator UUK kadep, penurunan kepala Hodge II, tidak ada molase, tidak teraba bagian terkecil janin, merupakan ibu sudah memasuki fase aktif. Pada pukul 19.30 WIB ibu mengatakan ingin meneran didapatkan hasil VT Ø 10 cm, effacement 100 %, ketuban (+), presentasi kepala, denominator UUK kadep, penurunan kepala Hodge III, tidak teraba bagian terkecil janin, tidak ada molase, tidak teraba bagian terkecil janin, sehingga proses kemajuan persalinan Kala I ibu berlangsung 5 jam mulai pembukaan 2 cm pukul 14.30 WIB sampai pembukaan 10 cm pukul 19.30 WIB. Setelah dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan mekanisme persalinan bayi lahir spontan, belakang kepala, jenis kelamin perempuan pukul 19.50 WIB. Sehingga proses Kala II berlangsung selama 20 menit mulai dari pembukaan lengkap pukul 19.30 WIB

sampai kelahiran bayi pukul 19.50 WIB. Kala III berlangsung 5 menit mulai dari lahirnya bayi pada pukul 19.50 WIB sampai lahirnya plasenta pada pukul 19.55 WIB. Kala IV berlangsung selama 40 menit mulai dari keluarnya plasenta pada pukul 19.55 WIB sampai persalinan berakhir pada pukul 20.35 WIB. Sehingga total lamanya persalinan yang berlangsung sekitar 6 jam mulai dari kala I pukul 14.30 WIB sampai kala IV 20.35 WIB. Dalam hal ini faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan sangat berpengaruh besar, yang pertama adalah *Power* yaitu dari kontraksi otot rahim dan kekuatan ibu saat mengejan, kontraksi rahim yang dialami ibu sangat adekuat sehingga mempercepat proses pembukaan, yang kedua adalah *Passage* (jalan lahir) karena jalan lahir ibu tidak mengalami kesempitan, yang ketiga adalah *Passenger* (janin, air ketuban dan plasenta) karena saat ketuban pecah langsung diikuti dorongan kuat dan rasa ingin meneran, selain itu Psikis dan Penolong juga berpengaruh besar dalam mempercepat proses persalinan yang berlangsung.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan TFU yaitu 31 cm. Menurut Kemenkes RI (2010), pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu. Apabila ditemukan TFU 40 cm atau lebih berarti mengindikasikan terjadinya makrosomia atau bayi besar yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya distosia bahu dan perdarahan pasca persalinan. TFU 31 cm dengan perkiraan taksiran berat janin 3100 gram, pada

kenyataannya berat badan lahir bayi yaitu 3200 gram. Hal ini menunjukkan berat badan lahir bayi normal dengan batas normal antara 2500-4000 gram, bayi tidak terjadi BBLR maupun makrosomia.

4.2.3 Assesment

Berdasarkan analisa data asuhan kebidanan persalinan yang didapatkan hasil diagnosa, Ibu: G4 P2 A1 UK 40 minggu 5 hari Inpartu Kala 1 Fase Laten, Janin: Tunggal-Hidup, Intra Uteri, Letak Kepala Ψ . Setelah memasuki pembukaan 6 cm didapatkan hasil diagnosa Ibu: G4 P2 A1 UK 40 minggu lebih 5 hari Inpartu Kala 1 Fase Aktif, Janin: Tunggal-Hidup, Intra Uteri, Letak Kepala Ψ . Setelah pembukaan 10 sampai kelahiran bayi didapatkan diagnosa Ibu: G4 P2 A1 Partus Kala II. Janin: Tunggal, Hidup, Intra Uteri, Letak Kepala Ψ dan kala II berlangsung 20 menit. Mulai kelahiran bayi sampai lahirnya plasenta didapatkan diagnosa Ibu: P3 A1 Partus Kala III dan berlangsung selama 5 menit. Setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama didapatkan diagnosa Ibu: P1 A0 Partus Kala IV.

4.2.4 Planning

Berdasarkan rencana dan pelaksanaan asuhan Kala 1 yang dilakukan pada persalinan Ny D telah diberikan asuhan sayang ibu selama persalinan sesuai dengan kebutuhan dengan memberikan dukungan emosional menganjurkan suami untuk menemani ibu, membantu mengatur posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi, memberikan cairan dan nutrisi asupan (makanan ringan dan air) selama persalinan dan proses kelahiran, keleluasaan untuk kebutuhan eliminasi buang air kecil dan buang air besar, pencegahan infeksi. Menurut JNPK-KR (2008), asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan

keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Berdasarkan asuhan yang diberikan pada Ny D 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.

Pada penatalaksanaan Kala II bayi melakukan IMD selama 1 jam setelah lahir. Menurut JNPK-KR (2008), langkah IMD yaitu bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusu sendiri, bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan. Keuntungan IMD yaitu mendapatkan makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal, mendapatkan kolostrum segera, segera memberikan kekebalan pasif pada bayi, meningkatkan kecerdasan, membantu mengkoordinasikan kemampuan hisap, telan dan napas, mencegah kehilangan panas, dan meningkatkan jalinan kasih sayang ibu-bayi. IMD yang dilakukan langsung saat lahirnya bayi, ditandai dengan bayi sudah mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu, bayi beristirahat dan melihat, bayi mulai mendecakkan bibir dan membawa jarinya ke mulut, bayi mengeluarkan air liur, bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu lengan dan badannya ke arah dada ibu dengan mengandalkan indra penciumannya, bayi melekatkan mulutnya ke puting ibu. Hal ini menunjukkan bahwa bayi berhasil melakukan IMD. Proses IMD dapat menciptakan *bounding attachment* atau jalinan

kasih antara ibu dan bayi, selain itu juga mengalihkan rasa sakit ketika ibu di heating, kebahagiaan yang dirasakan oleh ibu ketika melihat bayinya yang sangat ditunggu-tunggu mampu mengalihkan rasa sakit ketika diheating.

Pada penatalaksanaan Kala III diberikan injeksi oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral. Terdapat semburan darah tiba-tiba, perpanjangan tali pusat, uterus globuler sehingga dilakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) kemudian lahir plasenta pukul 19.55 WIB setelah 5 menit dari lahirnya bayi pukul 19.50 WIB. Menurut JNPK-KR (2008), segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu adanya perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat. Menurut Saifuddin (2008), Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Dari kasus dan teori tersebut, ibu telah diinjeksi oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral, untuk merangsang fundus uteri berkontraksi dengan kuat sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Terdapat tanda-tanda lahirnya plasenta, dan plasenta lahir dalam waktu tidak lebih dari 30 menit. Sehingga dalam proses PTT berjalan dengan normal dan tidak ada indikasi untuk dilakukannya plasenta manual.

Pada penatalaksanaan Kala IV dilakukan masase uterus dan uterus dapat berkontraksi dalam waktu 15 detik. Menurut JNPK-KR (2008), segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan gerakan lembut tapi mantap, gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus

berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri. Berdasarkan kasus dan teori tersebut, masase fundus uteri berjalan dengan normal karena dapat berkontraksi dalam waktu 15 detik dan tidak ada indikasi untuk dilakukan penatalaksanaan atonia uteri.

Setelah dilakukan cek laserasi terdapat laserasi atau robekan perineum derajat satu, kemudian dilakukan penjahitan (heating) tanpa anastesi. Menurut JNPK-KR (2008), laserasi derajat satu yaitu mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum. Tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik. Berdasarkan kasus dan teori tersebut, dilakukan heating karena terdapat perdarahan aktif pada laserasi. Kemudian dilakukan evaluasi, perdarahan aktif dari laserasi tersebut dapat berhenti setelah dilakukan heating.

4.3 Nifas

4.3.1 Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny D mengeluh perut terasa mulas. Menurut Ambarwati (2008), involusi uterus adalah suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Dari pengkajian dan teori tersebut bahwa keluhan yang dialami Ny D dalam batas normal/fisiologis, akibat adanya proses pengembalian fungsi kerja keadaan sebelum hamil. Hal ini terjadi akibat kontraksi rahim untuk mencegah terjadinya perdarahan.

Berdasarkan kasus didapatkan ibu dan suami merasa senang karena persalinan berjalan dengan lancar dan bayinya dalam keadaan sehat, tidak cacat, ibu masih terfokus pada dirinya sendiri karena merasa tidak nyaman pada perutnya

yang mulas, ibu merasa senang karena ASI ibu sudah keluar dan ibu bisa langsung menyusui. Pada saat kunjungan pertama ibu sudah bisa beradaptasi dengan lingkungan sekitar, ibu sudah memiliki peran tanggung jawab pada bayinya dengan merawat bayinya sendiri tanpa bantuan orang lain. Pada saat kunjungan ke dua ibu sudah lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya, ibu tidak pantang makanan dan ibu juga minum susu untuk ibu menyusui.

Menurut Damaiyanti (2011), adaptasi perubahan psikologis ibu pada masa nifas yaitu fase *taking in* berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan merupakan periode ketergantungan, ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan. Fase *taking hold* berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan, ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Fase *letting go* berlangsung 10 hari setelah melahirkan merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya, ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada kasus Ny D perubahan psikologis pada masa nifas merupakan hal yang wajar karena beradaptasi dengan peran barunya sebagai ibu sehingga dukungan dari suami dan keluarga sangat diperlukan.

Pada 2 dan 6 jam Post Partum Ny D masih mengeluh perut terasa mulas dan nyeri pada luka jahitan. Pada kunjungan nifas 3 hari ibu sudah tidak mengeluh perut mulas tetapi masih mengeluh nyeri pada luka jahitan perineum. Hal tersebut masih fisiologis karena masih terjadinya proses kembalinya uterus (involusi uterus). Sedangkan nyeri pada luka jahitan diakibatkan karena proses penyembuhan luka.

Pada kunjungan nifas 3 hari saat dilakukan pengkajian ternyata teknik menyusui ibu belum benar karena posisi badan bayi terpluntir/tidak menghadap ke ibu. 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 dihadapan puting susu ibu, leher bayi harus sedikit ditengadahkan. Tanda-tanda pelekatan yang benar antara lain: tampak areola masuk sebanyak mungkin, mulut terbuka lebar, bibir atas dan bawah terputar keluar, dagu bayi menempel pada payudara. Dari pengkajian dan teori tersebut, bahwa posisi bayi yang terpluntir/tidak menghadap ke ibu dapat menyebabkan ketidak nyamanan pada bayi saat menyusu dengan ibunya.

4.3.2 Objektif

Berdasarkan data objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, tekanan darah 100/60 mmHg. Menurut Sulistyawati (2009), tekanan darah pada masa nifas biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya pre eklampsia post partum. Pada kasus ini tekanan darah ibu normal dan kemungkinan tidak terjadi pre eklampsia post partum.

Berdasarkan data objektif didapatkan perubahan terutama pada uterus didapatkan perubahan TFU, diantaranya saat bayi lahir TFU setinggi pusat, setelah plasenta lahir TFU teraba 2 jari di bawah pusat, pada Post Partum 6 jam TFU 2 jari di bawah pusat, pada Post Partum 19 jam TFU 2 jari di bawah pusat, pada Post Partum hari ke-3 TFU 3 jari di bawah pusat, pada Post Partum hari ke-14 TFU tidak

teraba. Menurut Sulistyawati (2009), 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 tidak teraba dengan berat 350 gram, pada 6 minggu post partum fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram. Dari hasil pemeriksaan Ny D, TFU berangsur mengecil sesuai dengan masa nifas.

Berdasarkan hasil pemeriksaan hari ke-3 didapatkan pengeluaran lochea rubra dari vagina ibu, dan pada 2 minggu post partum terdapat lochea alba. Menurut Sulistyawati (2009), Lokhea Rubra/Merah: lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar dan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium, Lokhea Sanguinolenta: berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum, Lokhea Serosa: berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14, Lokhea Alba/Putih: lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung 2-6 minggu post partum. Untuk lokhea yang keluar dari vagina ibu sudah sesuai antara kenyataan dengan teori karena perubahan lokhea juga normal dan tidak ada tanda-tanda lochea purulenta (infeksi).

Pada 6 jam post partum luka jahitan perineum masih basah, kunjungan nifas 3 hari didapatkan hasil pemeriksaan luka jahitan perineum menyatu tetapi masih basah dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka jahitan perineum. Pada

kunjungan 14 hari terdapat luka bekas jahitan sudah menyatu dan kering. Menurut Boyle (2008), tahapan penyembuhan luka dapat dibagi sebagai berikut: 0-3 hari pembuluh darah yang rusak terjadi saat sumbatan trombosit dibentuk dan diperkuat juga oleh serabut fibrin, 5-7 hari jumlah sel radang menurun dan jumlah fibroblas meningkat, 3-24 hari tanda inflamasi mulai berkurang dan berwarna merah terang, 24-1 bulan serabut-serabut kolagen mengadakan reorganisasi dan kekuatan regangan luka meningkat. Berdasarkan kasus tersebut menunjukkan bahwa luka jahitan perineum ibu semakin membaik. Hal tersebut bisa ditunjang dengan mengonsumsi makanan yang seimbang dan tidak boleh pantang terhadap makanan, menjaga agar perineum selalu terlihat bersih, menjaga personal hygiene merupakan salah satu faktor yang bisa mempercepat proses penyembuhan luka jahitan perineum.

4.3.3 Assesment

Berdasarkan analisa data asuhan kebidanan ibu nifas diagnosa P3 A1 Post Partum 2 jam. Pada kunjungan 3 hari didapatkan diagnosa P3 A1 Post Partum 3 hari. Pada kunjungan 2 minggu didapatkan diagnosa P3 A1 Post Partum 14 hari.

4.3.4 Planning

Berdasarkan perencanaan dan pelaksanaan asuhan kebidanan yang dilakukan untuk melakukan kunjungan rumah yang dilakukan pada Ny D hanya sampai 2 minggu Post Partum. Menurut Saifuddin (2010), kunjungan masa nifas paling sedikit dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan ulang yaitu untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani

masalah-masalah yang terjadi, dilakukan pada 6-8 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum. Kunjungan rumah yang dilakukan pada Ny D hanya sampai 2 minggu post partum sudah mencakup tujuan sampai kunjungan 6 minggu post partum yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialaminya dan memberikan konseling KB secara dini.

Pemberian Vitamin A pada Ny D diberikan sebanyak 2 kapsul dengan dosis 200.000 SI. Cara meminumnya 1 kapsul Vitamin A diminum setelah persalinan, dan kapsul yang ke 2 diminum setelah 24 jam dari kapsul Vitamin A yang pertama. Menurut Depkes RI (2009), pemberian Vit A pada ibu nifas diberikan 2 kapsul 200.000 SI. Kapsul pertama warna merah diberikan setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vit A pertama. Sumber vitamin A dapat diperoleh dari bahan makanan hewani (seperti hati, kuning telur, ikan, daging, ayam dan bebek), buah-buahan yang berwarna kuning, dan jingga (seperti pepaya, mangga masak, alpokat, jambu biji, pisang). Berdasarkan kasus tersebut, kebutuhan Vitamin A ibu sudah terpenuhi. Ibu nifas yang cukup mendapat vitamin A akan meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI, sehingga bayi yang disusui lebih kebal terhadap penyakit dan membantu pemulihan kesehatan ibu nifas yang erat kaitannya dengan anemia dan mengurangi resiko buta senja pada ibu menyusui yang beresiko mengalami kekurangan vitamin A (KVA) karena pada masa tersebut ibu membutuhkan vitamin A yang tinggi untuk produksi ASI bagi bayinya.

4.4 Bayi Baru Lahir

4.4.1 Subjektif

Bayi Ny D hanya diberi minum ASI dan tanpa ditambah susu formula. Menurut Saleha (2009), ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air putih, air teh, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu sekurang-kurangnya selama 4 bulan tetapi bila mungkin sampai 6 bulan pertama kehidupannya. Dalam hal ini, kebutuhan nutrisi bayi akan terpenuhi, dapat meningkatkan kekebalan tubuh serta mencerdaskan otak bayi.

Berdasarkan pengkajian data didapatkan, pada kunjungan rumah hari ke-14 ibu khawatir terhadap bayinya karena bayinya sering BAB 4-5 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak tidak encer, dan bayinya menyusui ASI dengan lancar. Menurut Soelaman (2006), frekuensi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) bayi berkait erat dengan asupan yang masuk. Jika bayi usia 0-6 bulan diberi ASI, maka frekuensi BAB normal jika sehari 1-7 kali atau bahkan hanya 1-2 hari sekali, dengan catatan berat badan bayi terus bertambah sesuai grafik normal yang tertera pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Frekuensi BAB tidak normal jika setelah 2 hari tidak BAB atau BAB 3 hari 1 kali. Karena masalah pada pencernaan bayi atau faktor makanan ibu (ibu menyusui sedang mengonsumsi obat-obatan). Jika lebih dari 7 kali sehari, frekuensi BAB yang lebih sering dari biasanya dapat disebabkan faktor makanan ibu saat menyusui. Berdasarkan kasus dengan teori menunjukkan bahwa frekuensi BAB By Ny D masih dalam batas normal, karena asupan yang masuk hanya ASI saja.

4.4.2 Objektif

Pada hasil data objektif didapatkan hasil TTV: Nadi: 150 x/menit, Suhu: 36,8°C, Pernafasan: 54 x/menit. Pada kunjungan BBL 3 hari didapatkan hasil TTV: Nadi: 148 x/menit, Suhu: 36,7⁰C, Pernafasan: 52 x/menit. Pada kunjungan BBL 14 hari didapatkan TTV: Nadi: 145 x/menit, Suhu: 36,5⁰C, Pernafasan: 50 x/menit. Menurut Sondakh (2013), frekuensi pernapasan BBL berkisar 30-60 kali/menit, Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun, Suhu 36,5⁰C-37,5⁰C. Berdasarkan kasus dengan teori menunjukkan bahwa hasil TTV bayi adalah dalam batas normal dan bayi tidak berisiko terjadi hipotermi.

Pada kunjungan rumah hari ke-3, didapatkan berat badan bayi mengalami penurunan sebanyak 200 gram, dari berat lahir 3200 gram turun menjadi 3000 gram. Menurut Bobak (2006), Bayi cukup bulan biasanya akan memiliki berat badan 2 kali berat badan lahir pada usia 4 sampai 5 bulan dan 3 kali lipat pada usia 1 tahun. Kebanyakan bayi baru lahir akan kehilangan 5%-10% berat badannya selama beberapa hari pertama kehidupannya karena urine, feses, dan cairan diekskresi melalui paru-paru dan juga karena asupan bayi sedikit. Bayi cukup bulan akan memperoleh berat badannya seperti semula dalam waktu 10 hari. Berdasarkan kasus dengan teori bahwa penurunan berat badan bayi sebanyak $\pm 6\%$. Hal ini menunjukkan penurunan berat badan bayi dalam batas normal.

4.4.3 Assesment

Berdasarkan hasil pengumpulan data, didapatkan analisa Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 6 jam. 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 6 jam. Kemudian diikuti catatan perkembangan sampai 14 hari dengan analisa Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 14 hari.

4.4.4 Planning

Pada penatalaksanaan langkah APN no.45 yaitu setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (*Uniject*) di paha kanan anterolateral. Menurut Achmadi (2006), pemberian imunisasi Hepatitis B bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi yang disebabkan oleh infeksi virus Hepatitis B. Pada prinsipnya imunisasi Hepatitis B lebih efektif diberikan sedini mungkin, yaitu pada saat bayi berusia 0-7 hari. Pemberian vaksin Hepatitis B yang sedini mungkin dianjurkan karena selain respon imun terhadap Hepatitis sudah timbul, juga memberikan perlindungan kepada bayi yang terkena resiko Hepatitis B. Dari teori dengan kasus tersebut, terdapat ketidak sesuaian terhadap Langkah APN no.45 pemberian imunisasi Hepatitis B (*Uniject*), karena pada kasus By Ny D diberi suntikan imunisasi Hepatitis B pada 3 hari kemudian, hal ini dilakukan dengan alasan guna untuk mencapai kunjungan neonatal ke-2 (KN 2). Imunisasi Hepatitis B diperlukan untuk mencegah terinfeksi virus yang dapat menyebabkan penyakit Hepatitis B. Sebaiknya imunisasi Hepatitis B diberikan setelah 1 jam pemberian Vit K1, karena bayi baru lahir sangat rentan terinfeksi oleh virus.

Berdasarkan penatalaksanaan asuhan kebidanan BBL, bayi mendapatkan cukup ASI dari ibu, ibu memberikan ASI pada bayinya secara tidak terjadwal, minimal setiap 2 jam dan membangunkan bayi apabila bayi sudah waktunya untuk minum. Menurut Prawirohardjo (2009), 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 petugas sudah memberikan tentang ASI eksklusif dan mengajarkan teknik menyusui dengan benar, dan ibu antusias dalam mempraktikkannya.

Berdasarkan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada By Ny D sampai melakukan kunjungan neonatal ke-3 pada kurun waktu 14 hari setelah lahir. Menurut Kemenkes (2010), kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus yaitu Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 sampai 48 jam setelah lahir. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir. Dan Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir. Pada By Ny D asuhan yang telah diberikan pada KN 1 usia 6 jam, KN 2 usia 6 hari dan KN 3 usia 14 hari yaitu menjaga kehangatan tubuh agar tidak terjadi hipotermi, melakukan rooming in, melakukan perawatan tali pusat, jaga kebersihan dengan melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi, pemberian ASI tiap 2 jam dengan mengingatkan kembali teknik menyusui yang

benar. Ibu menyusui bayinya secara tidak terjadwal sehingga bayi mendapatkan cukup nutrisi.

Pada kasus ini ibu bisa melakukan perawatan tali pusat pada bayinya tanpa memberikan bahan-bahan lainnya seperti alkohol, povidon iodine. Menurut Depkes (2008), perawatan tali pusat yaitu bungkus tali pusat minimal 2 kali/hari apabila basa dan setiap kali mandi, dan tali pusat dibungkus dengan kasa kering steril, jangan membungkus puntum tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun ke puntung tali pusat. Pada By Ny D ibu sudah menerapkan perawatan tali pusat yang benar sehingga tidak ada tanda-tanda infeksi dan tali pusat bayi terlepas pada usia 6 hari

Berdasarkan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada By Ny D mendapatkan imunisasi BCG dan Polio 1 saat berusia 1 bulan 14 hari. Menurut Dewi (2011), pemberian imunisasi BCG bertujuan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberkulosis (TBC). Imunisasi BCG dapat diberikan pada bayi baru lahir sampai berumur 12 bulan. Tetapi, sebaiknya diberikan pada umur 0-2 bulan. Imunisasi ini cukup diberikan satu kali saja. Pada anak berumur lebih dari 2-3 bulan, dianjurkan untuk melakukan uji mantoux sebelum imunisasi BCG. Sedangkan imunisasi polio memberikan perlindungan terhadap infeksi virus polio yang dapat menimbulkan kecacatan. Imunisasi polio diberikan 2 tetes ke dalam mulut bayi dan diberikan pada bayi baru lahir sebagai dosis awal kemudian diteruskan dengan imunisasi dasar mulai umur 2-3 bulan dengan interval waktu 6-8 minggu. Pada kasus ini, bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG dan Polio 1 sesuai dengan jadwal pemberian imunisasi yang sudah ditentukan.