

## BAB 4

### PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan hasil pengkajian “Asuhan Kebidanan kehamilan dengan *Nocturia*, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir usia 14 hari di PMB Hj. Nina Nuraenayatin, S.ST.,M.Pd. Surabaya”. Pembahasan ini merupakan bagian dari laporan tugas akhir yang membahas kesesuaian atau ketidaksesuaian antara teori dengan kasus yang terjadi di lahan selama melakukan penelitian serta memberikan solusi atau cara mengatasi permasalahan yang terjadi dan dilanjutkan melakukan evaluasi atas asuhan kebidanan yang telah diberikan secara *continuity of care*.

#### 4.1 Kehamilan

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh data ibu hamil trimester 3 GIP0000 UK 35-36 minggu yang memiliki keluhan sering kencing sejak usia kehamilan  $\pm 8$  bulan dengan frekuensi 4-6 kali pada malam hari sehingga Ibu sering terbangun pada malam hari. Ny. S memiliki kebiasaan yang seringkali minum teh atau es buatan sendiri seperti es teh, es buah, serta mengkonsumsi air mineral lebih banyak sebelum tidur namun keluhan sering kencing perlahan berkurang karena ibu telah mengurangi konsumsi teh atau es serta konsumsi air putih 2 jam sebelum tidur sesuai dengan HE yang telah diberikan.

Dalam jurnal *BioMed Research International Journal*, keluhan sering kencing (*nocturia*) paling sering dilaporkan selama kehamilan, terkait dengan meningkatnya usia kehamilan. Fisiologi terjadinya keluhan ini seperti efek hormonal, kompresi rahim yang berat dan perubahan anatomi dalam panggul

(Kun-Ling et al, 2014). Pembesaran uterus yang mendesak ke depan serta usia kehamilan yang terus bertambah dan akibat dari masuknya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih sehingga menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun hanya berisi sedikit urin (Walyani, 2015). Minuman yang bersifat diuretik seperti yang mengandung kafein, alkohol, soda, serta minuman yang mengandung pemanis buatan dapat memicu peningkatan frekuensi untuk buang air kecil (Utari, 2019).

Jika *nocturia* sangat mengganggu aktivitas atau istirahat, maka untuk mengurangi *nocturia* dapat dilakukan istirahat dan tidur pada posisi rekumben lateral (miring kiri dengan kaki ditinggikan), lebih banyak minum pada pagi dan siang hari untuk mengurangi frekuensi BAK pada malam hari tetapi ibu jangan sampai mengurangi asupan cairan maupun menahan BAK (Indiarti, 2015). Mengurangi asupan cairan 2-3 jam sebelum tidur, hentikan minuman ringan yang mengandung gula atau kafein (teh, kopi, cola) (Marmi, 2011).

Dari keluhan Ny. S yaitu sering kencing dapat disimpulkan bahwasannya keluhan tersebut merupakan fisiologis terjadi pada setiap ibu hamil seiring dengan pertambahan usia kehamilan dari pembesaran uterus yang menekan kandung kemih, namun adanya tambahan penyerta seperti kebiasaan ibu mengkonsumsi minuman manis dan yang mengandung kafein di malam hari serta konsumsi air berlebihan ketika 2 jam sebelum tidur dapat meningkatkan keluhan tersebut. Asuhan telah dilakukan dengan memberikan HE pada ibu dan ibu telah melakukan anjuran yang telah disampaikan sehingga keluhan

ibu berkurang dan tidak menimbulkan dampak yang dapat berlanjut pada masa persalinan.

Berdasarkan hasil pengkajian ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 7 kali. Pada 3 bulan pertama, ibu tidak melakukan kunjungan ke bidan, pada 3 bulan kedua ibu hanya melakukan kunjungan ke bidan sebanyak 2x dengan keluhan lemas dan pusing, dan saat akhir kehamilan sebanyak 5x dengan keluhan sering kencing di malam hari.

Pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal 4 (empat) kali selama masa kehamilan, yaitu 1 kali pemeriksaan pada trimester pertama, 1 kali pemeriksaan pada trimester kedua, dan 2 kali pemeriksaan pada trimester ketiga (Kemenkes, 2018). Pemeriksaan antenatal dikatakan lengkap adalah terpenuhinya K1, K2, K3 dan K4. Pemeriksaan ini dilakukan minimal sekali kunjungan ANC hingga usia 28 minggu, 1x kunjungan pada usia kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak 2 kali pada usia kehamilan diatas 36 minggu (Prawirohardjo, 2014) .

Ibu belum mencapai target kunjungan antenatal yang tepat, karena ibu tidak melakukan K1 atau kunjungan kehamilan pertama kali kontak dengan petugas kesehatan (bidan) ketika usia kehamilan 1-12 minggu namun pada trimester 2 dan 3 ibu telah mencapai lebih dari batas minimal aturan pemeriksaan kehamilan pada trimester tersebut yaitu lebih dari 1x dimana batas minimal kunjungan ANC 1x pada trimester 2 dan 2x pada trimester 3.

Berdasarkan hasil pengkajian riwayat penyakit keluarga, didapatkan penyakit hipertensi pada ibu kandung Ny.S, sedangkan pada Ny. S tidak

didapati tanda-tanda ataupun riwayat hipertensi sebelum atau selama hamil ini.

Seseorang dengan kedua orang tua pengidap tekanan darah tinggi akan memiliki resiko terserang penyakit darah tinggi dua kali lebih besar dari pada mereka yang tidak memiliki orang tua dengan darah tinggi atau hanya salah satu yang memiliki sakit darah tinggi. Jika ibu memiliki hipertensi resiko adalah 50% akan diturunkan kepada anaknya, sedangkan apabila dalam keluarga yang terkena hipertensi adalah ayah resikonya sebesar 80% yang akan diturunkan kepada anaknya karena faktor resiko dalam keluarga tidak dapat dikontrol. Alasan faktor genetik pada penderita hipertensi ini dapat juga dilihat dari kebiasaan dan pola hidup yang dijalani cenderung sama dari masing-masing penderita hipertensi, dikarenakan memang menerapkan gaya hidup, kebiasaan, perilaku atau mengkonsumsi makanan yang memang sama. Sehingga, dengan pola hidup sehat seperti pola makan dan kebiasaan, serta aktivitas olahraga merupakan suatu penghindaran diri yang tepat agar terhindar dari resiko hipertensi meski memang mempunyai riwayat keluarga yang menderita hipertensi (Untari, 2017).

Ny. S tidak menunjukkan adanya hipertensi selama hamil mungkin dikarenakan adanya faktor dari pola hidup sehat yang menjadi pencegah hipertensi oleh keturunan keluarga. Meski dalam penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik mempunyai resiko yang lebih tinggi terhadap penyakit hipertensi, namun hal tersebut masih bisa ditanggulangi dengan menerapkan pola hidup atau kebiasaan yang berbeda dengan ibu kandung.

Berdasarkan pemeriksaan fisik, khususnya pada berat badan ibu adalah 67 kg dan didapatkan hasil pengkajian berat badan ibu sebelum hamil 51 kg sehingga kenaikan berat badan ibu 17 kg, tinggi badan ibu 153 cm dengan pengukuran IMT 21,8 , dan LILA 24,8 cm.

Kenaikan berat badan selama kehamilan tergantung dari berapa tinggi badan dan berapa berat badan sebelum kehamilan terjadi. Jika memiliki berat badan yang kurang sebelum kehamilan terjadi, maka dianjurkan kenaikan berat badan antara 14-20 kg. Jika berat badan berada pada berat badan normal saat sebelum kehamilan, dianjurkan kenaikan berat badan antara 12,5-17,5 kg. Apabila berat badan sudah berlebih sebelum kehamilan, maka kenaikan berat badan antara 7,5-12 kg (Mintarsih, 2018). Batas indeks masa tubuh di indonesia dikategorikan antara lain, kekurangan berat badan tingkat berat (<17,0) sedangkan tingkat ringan (17,0 – 18,4), normal (18,5-25,0) kelebihan berat badan tingkat ringan (25,0-27,0), sedangkan kelebihan berat badan tingkat berat (>27,0) (Kemenkes, 2019). Dalam *jurnal infokes*, Apabila lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm artinya wanita tersebut mempunyai risiko kekurangan energi kronik dan sebaliknya apabila lingkaran lengan atas lebih dari 23,5 cm berarti wanita itu tidak berisiko dan dianjurkan untuk tetap mempertahankan keadaan tersebut (Muliawati, 2013).

Kenaikan berat badan ibu selama hamil ini merupakan kenaikan berat badan normal sesuai dengan hasil IMT ibu yang juga masih tergolong dalam kategori normal. Hasil pengukuran IMT normal pada ibu hamil menunjukkan kecil kemungkinan terjadinya persalinan SC (Sectio Caesarea) karena berat badan janin berlebih atau makrosomia, terjadinya diabetes gestasional,

hipertensi dan pre eklampsia. Hasil pengukuran LILA masih dikatakan normal meskipun lebih dari 23,5 cm yang berarti ibu tidak beresiko mengalami kekurangan energi kronik (KEK) seperti pada teori yang telah dijelaskan.

#### 4.2 Persalinan

Berdasarkan hasil pengkajian di PMB, pasien datang ke PMB hari minggu tanggal 08 Desember 2019, pukul 02.30 WIB dengan merasa kenceng-kenceng sejak pukul 21.00 serta keluar lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan objektif oleh peneliti dilakukan pada pukul 03.00 WIB adalah pembukaan 2 cm, *effacement* 30%, ketuban utuh, presentasi letak kepala, hodge I, His 2X10'25". Kemudian dilanjutkan pemantauan kemajuan persalinan, pada pukul 07.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam, didapatkan hasil pembukaan 6cm, *effacement* 75%, ketuban utuh, presentasi letak kepala, hodge III, dan His 4x10'35". Pada pukul 09.00 WIB ketuban pecah, warna jernih. Pada pukul 09.30 ibu merasa sudah ingin meneran dan nyeri kontraksi terus terasa, kemudian dilakukan pemeriksaan dalam, hasilnya adalah pembukaan 10 cm, *effacement* 100% presentasi letak kepala, hodge III. His terjadi sebanyak 4x10'45".

Tanda-tanda gejala inpartu yaitu terdapat kontraksi uterus minimal 2 kali dalam 10 menit, terdapat lendir bercampur darah (*bloodshow*) terjadi penipisan dan pembukaan serviks (JNPK-KR, 2017). Kala I fase laten dimulai sejak awal uterus berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap yaitu kurang dari 4 cm. Pada umumnya, berlangsung antara 6 hingga 8 jam dan pada fase aktif merupakan pembukaan

4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm ditandai dengan adanya frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat bila terjadi 3x atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam pada primigravida dan 2 cm per jam pada multigravida serta terjadi penurunan bagian terbawah (JNPK-KR, 2017). Faktor-faktor yang sangat mempengaruhi proses persalinan salah satunya adalah kontraksi (his) . Pada permulaan kala I, frekuensi dan amplitudo his meningkat. Pada akhir kala I, dengan frekuensi his menjadi 2-4x tiap 10 menit sampai 50-90 detik (Prawirohardjo, 2014).

Kala 1 fase laten berlangsung normal, terjadi selama  $\pm 6$  jam dan fase aktif berlangsung selama  $2\frac{1}{2}$  jam, seharusnya penambahan pembukaan serviks hanya 1 cm/jam pada primigravida yang berarti seharusnya berlangsung selama  $\pm 4$  jam, namun kondisi ini sangat mungkin terjadi dan masih termasuk hal yang normal jika terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi, khususnya his yang semakin meningkat dan teratur sesuai dengan teori yang telah dijelaskan.

Kemudian ibu dipimpin meneran dan dilakukan asuhan persalinan normal sesuai APN. Pukul 09.53 WIB bayi lahir spontan, dilakukan penilaian BBL dengan hasil bayi lahir usia cukup bulan, warna kulit kemerahan, menangis kuat, tonus otot aktif dengan berat badan 2700 gram, panjang badan 52 cm.

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran. Kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Batas dan lama tahap

persalinan kala II berbeda-beda tergantung paritasnya. Durasi kala II dapat lebih lama pada wanita yang mendapat blok epidural dan menyebabkan hilangnya refleks mengedan. faktor yang dapat mempengaruhi percepatan persalinan, diantaranya Passage (Jalan lahir, ukuran dan jenis panggul), Passanger (Berat janin, letak dan posisi janin), Power (His dan kontraksi), umur ibu, paritas, psikis, dan posisi persalinan (Mutmainnah dkk, 2017). Pada Primigravida, waktu yang dibutuhkan dalam tahap ini adalah 25-57 menit (Lizawati, 2019).

Kala II berlangsung selama 23 menit, lebih cepat dari teori yang telah dijelaskan karena terdapat faktor yang mempengaruhi percepatan persalinan yaitu dari kontraksi (his) yang sangat kuat dan teratur.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan segera 1 menit setelah bayi lahir dilakukan cek adanya bayi kedua atau tidak, kemudian dilanjutkan manajemen aktif kala III yang dimulai dari pemberian injeksi oksitosin 10 IU secara IM, dilanjutkan penjepitan dan pemotongan tali pusat, penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan melahirkan placenta pukul 09.57 WIB. kemudian melakukan masase uteri selama 15 detik hingga uterus berkontraksi atau teraba keras.

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk (Mutmainnah, 2017). Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu: Perubahan bentuk dan tinggi fundus, Uterus akan membulat (globuler) dan tinggi fundus berada 3 jari dibawah pusat, Tali pusat



memanjang, Terdapat semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2017).

Pada kala III berlangsung normal selama 4 menit dan telah dilakukan manajemen aktif kala III sehingga pelaksanaan asuhan kebidanan persalinan telah sesuai dengan teori, tidak melewati batas kala III yaitu 30 menit yang dapat menyebabkan perdarahan atau kegawatdaruratan obstetrik lainnya.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada kala IV meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil pemeriksaan normal, kontraksi uterus baik (keras), kandung kemih kosong, penilaian dan estimasi perdarahan yang terdapat laserasi perineum karena ruptur perineum derajat II yang mengenai mukosa vagina, komisura posterior serta kulit dan otot perineum sehingga dilakukan hecting dan dekontaminasi serta melakukan pemberian KIE pada ibu selama masa 2 jam setelah melahirkan.

Kala IV dimulai setelah lahirnya placenta hingga observasi 2 jam pertama *post partum*. Observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran ibu, pemeriksaan tanda-tanda vital, Kontraksi uterus, perdarahan (Mutmainah dkk, 2017). Pemeriksaan tanda-tanda vital ibu postpartum wajib dilakukan, Tekanan darah seharusnya stabil dalam kondisi normal. Temperatur kembali ke normal dari sedikit peningkatan selama periode intrapartum dan menjadi stabil dalam 24 jam pertama postpartum. Nadi dalam keadaan normal kecuali partus lama dan persalinan sulit, pemeriksaan kontraksi uterus juga penting dipantau karena hal ini dapat berdampak terhadap adanya gangguan atau komplikasi (Dirjenkesmas, 2019). Sebagian besar kematian ibu pasca persalinan terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi, oleh karena

itu sangat penting untuk memantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua, memantau temperatur suhu setiap jam dalam dua jam pertama, jika meningkat lakukan tatalaksana sesuai yang diperlukan, ajari ibu cara masase dan menilai kontraksi serta beritahu ibu kendala berkemih dan anjuran kebutuhan nutrisi serta mobilisasi (JNPK-KR, 2017).

Pada hasil pemeriksaan kala IV tidak ditemukan hasil yang abnormal pada pengukuran tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, serta pada pemeriksaan kandung kemih dan penilaian perdarahan. Asuhan kebidanan persalinan kala IV telah dilakukan dengan sesuai selama 2 jam dan tidak ditemukan tanda bahaya post partum.

### **4.3 Nifas**

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan terhadap Ny. S pada 6 jam post partum, mengeluh nyeri luka jahitan pada jalan lahirnya. Hasil pemeriksaan dalam batas normal pada pemeriksaan fisik terfokus, ASI sudah keluar, TFU 2 jari dibawah pusat. Ibu telah memenuhi kebutuhan nutrisi, istirahat. Ibu telah melakukan mobilisasi bertahap Setelah 6 jam post partum ke kamar mandi, juga berjalan di sekitar ruangan. Ibu telah memenuhi kebutuhan eliminasi sejak setelah pemeriksaan 2 jam post partum, dan pada 6 jam post partum ibu sudah BAK & BAB tanpa ada masalah/gangguan.

Nyeri perineum sebagai manifestasi dari luka bekas penjahitan yang dirasakan pasien akibat ruptur perineum pada kala pengeluaran persalinan. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pervaginam baik itu

robekan yang disengaja dengan episiotomi maupun robekan secara spontan akibat dari persalinan, robekan perineum ada yang perlu tindakan penjahitan ada yang tidak perlu. Dari jahitan perineum dapat menimbulkan rasa nyeri (Prawirohardjo, 2014). Produksi ASI yang keluar setelah melahirkan merupakan kolostrum yang di konsumsi oleh bayi sebelum ASI. Produksi ASI terus meningkat tergantung rangsangan hormon prolaktin (Rizqiani, 2017). Pemeriksaan kontraksi dan tinggi fundus uteri didapatkan kontraksi uterus yang masih teraba keras dan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Tinggi fundus uteri setelah plasenta lahir setinggi dua jari dibawah umbilikus dan secara teoritis akan tidak dapat diraba lagi pada hari ke sepuluh postpartum. Salah satu upaya untuk memperbaiki involusi uteri adalah dengan menyusui (Swara, 2017). Ibu yang berada dalam kondisi nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dan ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif. Ibu juga dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya minum air putih 3 liter setiap hari. Tablet besi tetap dikonsumsi minimal sampai 40 hari untuk mencegah terjadinya anemia, vitamin A (200.000 UI) untuk mempercepat pemulihan post partum dan membantu produksi ASI. Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap sesuai kondisi ibu. Diawali dengan gerakan miring kanan dan kiri diatas tempat tidur kemudian diperbolehkan berjalan ke kamar mandi dengan dibantu. Kebutuhan eliminasi yaitu pengeluaran urin yang harus dilakukan agar tidak mempengaruhi perubahan involusi uteri. sehingga uterus dapat berkontraksi dengan baik sehingga tidak terjadi perdarahan masa nifas. Kebutuhan personal hygiene

pada masa nifas, kebersihan vagina perlu mendapat perhatian lebih jika tidak maka, dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada vagina yang dapat meluas sampai rahim. Sedangkan kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Kurang istirahat akan mengakibatkan berkurangnya produksi ASI, memperlambat involusi uteri (Maritalia, 2017).

Keluhan nyeri yang dirasakan ibu memang merupakan efek rasa sensitif pada syaraf dari jahitan disekitar jalan lahir. ASI sudah keluar yang merupakan kandungan kolostrum. Hasil pemeriksaan tidak ditemukan tanda bahaya nifas atau sub involusi. Ibu telah memenuhi kebutuhan masa nifas yaitu nutrisi beserta konsumsi vitamin A, mobilisasi, eliminasi, personal hygiene, istirahat. Ibu juga dianjurkan untuk tidak pantang makanan selama masa nifas supaya pemulihan luka jahitan berlangsung baik serta anjuran melakukan peralihan rasa nyeri dengan melakukan aktivitas lain seperti menyusui. Asuhan masa nifas telah dilakukan sesuai asuhan kebidanan pada umumnya.

Asuhan nifas dilanjutkan dengan kunjungan nifas hari ke-3 Ny. S merasa sudah tidak terlalu nyeri pada luka jahitan dan ibu merawat bayinya masih dibantu oleh ibu kandung serta suami. Sedangkan kunjungan nifas pada hari ke-7 hingga hari ke 14, ibu sudah tidak merasakan nyeri luka jahitan perineum karena jahitan sudah kering.

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Taylor (2011) adalah budaya, usia, persepsi atau makna nyeri, lingkungan atau dukungan keluarga, pengalaman nyeri sebelumnya (Utami, 2015). Penyembuhan luka jahitan secara normal akan terjadi pada hari ke-5 hingga hari ke-7 atau dapat juga

lebih cepat dalam waktu 5 hari yang ditandai dengan luka kering, tidak adanya kemerahan, pembengkakan, jaringan menyatu dan tidak nyeri ketika untuk duduk dan berjalan (Utami, 2017).

Kemungkinan faktor yang mempengaruhi ibu terhadap nyeri luka perineum adalah faktor lingkungan atau dukungan dari keluarga yang juga mempengaruhi psikis ibu sehingga nyeri yang dirasakan perlahan mereda. Lama jahitan mengering berlangsung secara normal dan sesuai dengan teori yang telah dijelaskan. Efek dari pemulihan ini membuat keluhan tersebut tidak berlangsung hingga masa nifas hari ke-14.

Pada kunjungan nifas hari ke-3, Ny. S masih dibantu sepenuhnya dalam merawat bayi oleh ibu kandung dan suami karena mungkin ini adalah pertama kalinya ibu melahirkan dan pada hari ke7 hingga hari ke-14 perawatan bayi telah dilakukan ibu sepenuhnya, ibu juga menyusui setiap saat dan tidak merasa amat sangat terganggu.

Tahapan adaptasi psikologis ibu pada hari ke-2 hingga hari ke 10 adalah adaptasi *Taking Hold* yang berarti terdapat kekhawatiran tidak mampu merawat bayinya, selain itu ibu cenderung sensitif dan mudah tersinggung namun ibu perlahan berusaha mandiri dan mulai berinisiatif. Pada hari ke-3 umumnya perhatian ibu hanya terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya. Pada hari ke 10 post partum ibu sedang pada fase *Letting Go*, ibu merasa mendapatkan dan menerima peran tanggung jawab baru. Terjadi peningkatan kemandirian dalam merawat diri dan bayinya, penyesuaian dalam hubungan keluarga termasuk bayinya (Pitriani, 2015).

Adaptasi yang dialami ibu pada hari ke-3 memang masih dalam adaptasi *Taking Hold* karena masih perlu bantuan dalam merawat bayinya, mungkin juga ibu khawatir terhadap dirinya sendiri seperti keluhan fisik yang masih dirasakan, sedangkan pada hari ke 7 hingga hari ke-14 ibu sudah berada pada fase adaptasi *Letting Go* karena ibu sudah mampu merawat bayinya sendiri dan karena adanya dukungan dari keluarga, bidan yang dapat membentuk psikologis ibu dalam menjalankan peran serta tanggung jawabnya.

Berdasarkan hasil pemeriksaan TFU pada hari ke-3 yaitu 3 jari dibawah pusat. Pada hari ke 7 TFU berada di pertengahan pusat- symphysis, sedangkan pada hari ke-14 TFU sudah tidak teraba diatas symphysis dan Pada hasil pemeriksaan lochea pada hari ke-3 adalah lochea rubra, pada hari ke-7 adalah lochea sanguinolenta sedangkan pada hari ke-14 lochea sudah berubah menjadi lochea serosa.

Proses involusi uteri pada hari ke-2 setelah persalinan biasanya 1-2 cm dibawah pusat. Pada hari ke-3 & 4 TFU 2-4cm di bawah pusat. Pada hari ke 5-7 TFU setengah pusat-symphysis dan pada hari ke-10 hingga seterusnya TFU tidak teraba diatas symphysis atau telah mengecil kembali ke dalam rongga panggul (Ambarwati, 2011). ) Lokhea Rubra terjadi pada hari pertama sampai ketiga, lokhea hampir seluruhnya berupa darah dengan sedikit gumpulan, tebal, berwarna merah. Lokhea Sanguinolenta terjadi pada hari ketiga sampai dengan tujuh hari postpartum. Karakteristiknya berupa darah, serum, leukosit dan lendir, warna merah kecokelatan dan lokhea Serosa terjadi setelah satu minggu atau hingga 2 minggu pertama postpartum, merupakan cairan yang berwarna kuning kecokelatan (Maritalia, 2017).

Proses involusi Ny. S selama nifas berjalan normal sesuai dengan teori dan tidak didapati adanya sub involusi atau kegagalan proses involusi yang dapat menyebabkan perdarahan. Pengeluaran lochea selama nifas juga telah sesuai dengan teori dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi atau pengeluaran lochea yang abnormal.

Berdasarkan pengkajian pada kunjungan nifas hari ke-14 bahwa Ny. S tidak berencana untuk program KB karena suami yang memutuskan bahwa ibu tidak perlu ber KB /memakai kontrasepsi karena dirinya yang bersedia memakai kontrasepsi sederhana.

KB adalah upaya menunda kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi yaitu kontrasepsi sederhana, suntik, oral (pil), implant, IUD. Kontrasepsi pasca salin sebenarnya dapat dipakai oleh suami, untuk membantu istrinya dengan peran serta suami dalam KB tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dari pihak istri. Pasangan memiliki peran dan tanggung jawab bersama di segala hal termasuk KB diantaranya dalam hal memilih dan menggunakan metode kontrasepsi. Suami maupun istri berada dalam posisi setara pada proses pengambilan keputusan mengenai hal ini dan siapapun yang menjadi peserta KB pasangannya harus saling mendukung secara penuh (Ruwayda, 2013).

Suami memutuskan ibu tidak perlu memakai kontrasepsi, sama seperti teori yang telah dijelaskan bahwa kontrasepsi pasca salin tidak harus diberlakukan pada ibu, namun suami juga memiliki peran dalam mengambil keputusan serta menjadi peserta KB. Hal yang paling penting adalah kerja

sama serta saling mendukung atas keputusan diantara suami-istri dalam upaya ber-KB.

#### 4.4 Bayi Baru Lahir

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, bayi Ny. S lahir spontan pada tanggal 08 Desember 2020 pukul 09.53 WIB jenis kelamin perempuan, dilakukan penilaian bayi baru lahir bahwa bayi lahir cukup bulan, warna kulit kemerahan, menangis kuat, tonus otot aktif serta telah dilakukan pemotongan dan jepit tali pusat. Hasil pemeriksaan fisik bayi Ny. S didapatkan berat badan 2700 gram, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm. Bayi Ny. S telah dilakukan pemberian injeksi vitamin K dan pemberian HB-0 1 jam setelahnya. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil denyut nadi 140x/menit, pernafasan 50x/menit, suhu bayi 36,7°C. bayi telah BAK 2X dan BAB 1x yaitu ketika setelah lahir dan BAB 1X pada pukul 13.05 WIB.

Penilaian bayi baru lahir untuk memastikan tidak terjadi kegawatdaruratan pada bayi baru lahir, penilaian bayi baru lahir antara lain apakah bayi lahir dengan kehamilan cukup bulan, apakah bayi menangis atau bernafas, apakah tonus otot baik atau bayi bergerak aktif (JNPK-KR, 2017). Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah berat badan bayi baru lahir 2500-4000 gram lebih dari itu dikatakan makrosomia, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, jika perbandingan lingkar kepala lebih besar dari lingkar dada maka dikatakan bayi menderita *hidrocephalus* (Arfiana, 2016). Semua BBL harus diberi vitamin K1 (*Phytomenadione*) injeksi 1 mg



intramuskular setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dialami bayi sebagian BBL sedangkan imunisasi hepatitis B (HB-0) bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan antara ibu dan bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian injeksi vitamin K (JNPK-KR, 2017). Pemeriksaan tanda-tanda vital bayi pada denyut nadi bayi baru lahir normalnya 120-160x/menit, pernafasan bayi baru lahir 35-40x/menit sedangkan suhu tubuh bayi baru lahir normal 36-37,5°C (Sulistyowati, 2016).

Penilaian bayi baru lahir pada bayi Ny. S sesuai dengan penilaian BBL normal. Hasil pemeriksaantanda-tanda vital BBL dalam batas normal, dan pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan congenital. Bayi telah mendapatkan asuhan bayi baru lahir dengan pemberian injeksi vitamin K imunisasi hepatitis B (HB-0). Bayi Ny. S telah BAK&BAB dalam waktu 24 jam setelah kelahiran sehingga dipastikan sistem perkemihan berlangsung normal.

Pada kunjungan neonatus 1 penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayi, mengajarkan ibu perawatan tali pusat, tanda bahaya bayi baru lahir, memberikan HE pada ibu mengenai pencegahan ikterus, serta memberitahu ibu mengenai kunjungan ulang.

Pada kunjungan neonatus 1 yaitu kunjungan neonatus umur  $\geq$  24 jam – 2 hari yang kontak dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan atau asuhan kebidanan komprehensif. pemeriksaan kesehatan neonatal sesuai

dengan standar yaitu menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi, melakukan perawatan tali pusat, dan tanda bahaya bayi baru lahir (Pramastuti, 2015). Pengaturan suhu tubuh belum efisien, rentan terhadap hipotermi terutama jika terpapar udara dingin, keadaan basah, bayi tidak boleh kedinginan tetapi juga tidak boleh kepanasan. hipertermi terjadi jika bayi terpapar sumber panas (lampu yang terlalu besar dan terlalu dekat) (Arfiana, 2016).

Kunjungan neonatus 1 dengan pemberian KIE pada ibu telah dilakukan sesuai asuhan kunjungan neonatus seperti halnya mengajarkan ibu perawatan tali pusat dengan menutup tali pusat menggunakan kassa kering steril tanpa tambahan apapun, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir yaitu sesak, demam tinggi, kejang, diare, pusar kemerahan atau berbau serta memberi tahu mengenai pencegahan ikterus (kuning) dengan memberikan ASI minimal tiap 2 jam sekali, menjemur bayi dibawah sinar matahari pagi selama  $\pm 30$  menit.

Pada kunjungan neonatal 2 yaitu pada bayi usia 3 hari, berdasarkan hasil pengkajian bayi menyusu dengan kuat, jarang rewel, tali pusat belum lepas, tidak berbau atau bernanah. Tidak didapati ikterus serta tanda bahaya bayi baru lahir lainnya. dan ibu dianjurkan mengikuti jadwal imunisasi BCG di PMB tanggal 22 Desember 2019

Pada hari pertama dan kedua sejak bayi lahir air susu yang dihasilkan sekitar 50-100 ml sehari semakin bertambah setelah hari ketiga (Rahmawati, 2018). Jumlah ASI akan semakin meningkat hingga 500 ml pada minggu kedua. Ikterus fisiologis yang muncul pada bayi pada hari ke-3 sampai ke-5 tidak mempunyai dasar patologis (Arfiana, 2016).

Bayi Ny.S menyusu kuat yang mungkin dipengaruhi volume ASI yang meningkat. Bayi tidak didapati tanda-tanda ikterus serta tanda bahaya lainnya. Tali pusat bayi belum lepas namun tidak ditemukan infeksi tali pusat. Hal ini termasuk dalam batas normal karena biasanya talipusat akan lepas lebih dari 3 hari.

Pada kunjungan neonatal 3 yaitu pada bayi usia 7 dengan hasil pengkajian bahwa tali pusat bayi sudah lepas pada hari ke-5, tidak ditemukan tanda-tanda ikterus, hasil pengukuran antropometri didapati berat badan bayi meningkat menjadi 2900 gram. Dan pada kunjungan neonatus 4 yaitu usia 14 hari serta tidak ditemukan keluhan lainnya, bayi sehat dan terus menyusu dengan kuat, hasil pemeriksaan antropometri berat badan bayi saat ini menjadi 3200 gram. Bayi belum imunisasi BCG.

Tali pusat akan terlepas sendiri dalam waktu 5-15 hari setelah lahir, meskipun ada juga yang baru lepas setelah 4 minggu. Lama pelepasan tali pusat dikatakan cepat jika < 5 hari, normal jika antara 5-7 hari, dan lambat jika > 7 hari (Sari dkk, 2018). Berat badan bayi meningkat secara tidak teratur, terutama pada bayi yang disusui. Rata-rata peningkatan berat badan berkisar pada 150-200 gr per minggu, dan biasanya melambat setelah usia 3 bulan, kemudian menjadi lebih lambat lagi setelah 6 bulan (Khasanah, 2013). imunisasi BCG merupakan vaksin beku kering yang mengandung *Mycrobacterium bovis* hidup yang dilemahkan (*Bacillus Calmette Guerin*), *strain paris*. yang berfungsi untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberkulosis. Imunisasi BCG efektif diberikan pada bayi baru lahir hingga 1

bulan atau pada bayi usia satu bulan, diberikan satu dosis imunisasi BCG dan imunisasi polio sekaligus (Hadianti, 2014).

Waktu lepasnya tali pusat bayi masih termasuk dalam batas normal sesuai dengan teori yang telah dijelaskan. Peningkatan berat badan bayi di minggu pertama sebanyak 200 gram sesuai dengan teori sedangkan pada minggu kedua sebanyak 300 gram yang terjadi ketidaksesuaian dengan teori, peningkatan berat badan bayi yang melebihi batas yang telah dijelaskan dalam teori disebabkan aktifitas bayi yang menyusu dengan kuat dan tidak terjadwal (*ASI on demand*). Bayi belum mengikuti jadwal imunisasi BCG di PMB, namun hal itu tidak menjadi masalah karena ibu dapat membawa bayi untuk imunisasi BCG paling lambat usia 1 bulan bersamaan dengan pemberian imunisasi polio oral yang pertama di pelayanan kesehatan