

## BAB IV

### PEMBAHASAN

#### A. Kehamilan

##### 1. Persalinan terakhir dilakukan secara *sectio saesarea*

Ny. S memiliki riwayat melahirkan secara *sectio saesarea* atas indikasi kala II tak maju dengan presentasi kepala, bukan karena disproporsi atau panggul sempit sehingga Ny. S menginginkan melahirkan secara normal pada kehamilan kedua ini. Hal tersebut sejalan dengan Oxorn dan William (2010) bahwa persyaratan untuk melakukan persalinan pervaginam setelah *sectio saesarea* (VBAC) adalah indikasi untuk prosedur pertama bukan disproporsi, panggul sempit, dan presentasi abnormal. VBAC memiliki risiko ruptur uterus. Dalam penelitian Agustina (2012) terdapat karakteristik maternal untuk melakukan VBAC yaitu:

##### a. Usia ibu saat melahirkan

Hari Perkiraan Lahir (HPL) pada kehamilan Ny. S ini adalah tanggal 27 Maret 2016. Pada tanggal ini Ny. S masih berusia 29 tahun. Dalam penelitian yang dilakukan dari 10.340 orang yang melakukan VBAC terdapat 7.384 orang atau 71% yang berhasil menjalani VBAC pada rentang usia 21 – 34 tahun.

#### b. Indeks Massa Tubuh/ IMT

Dari data objektif menunjukkan IMT sebesar 20,04 kg/m<sup>2</sup>, hal tersebut sejalan dengan Cunningham, dkk (2013) yang mengatakan bahwa kisaran penambahan berat badan dengan IMT atau *body mass index* (BMI) normal yaitu 19,8 – 26 adalah sebesar 11,5 – 16 kg. Hasil penelitian Agustina (2012) tingkat keberhasilan melakukan VBAC untuk IMT kurang dari 19,8, 19.8- 26, 26.1- 29, dan lebih dari 29 berturut- turut adalah 83.1%, 79.9%, 69.3%, dan 68.2%, dengan  $p < 001$ .

#### c. Jumlah bedah sesar yang pernah dijalani Ibu

Sebanyak 94.5% wanita yang menjalani persalinan pervaginam pasca bedah sesar adalah mereka yang telah menjalani satu kali bedah sesar. Ny. S pernah satu kali melakukan bedah sesar saat melahirkan anak pertamanya.

Dalam penelitian Annisa (2010) menyimpulkan bahwa wanita dengan preeklamsia (tekanan darah >140/90 mmHg dan proteinuria positif) mempunyai risiko 1, 86 kali untuk terjadi persalinan seksio sesarea dibandingkan dengan tidak preeklamsia, selama kehamilan Ny. S tidak pernah memiliki tekanan darah tinggi. Menurut Rochjati (2011) pertolongan yang dapat dilakukan tenaga kesehatan adalah memberikan KIE perawatan antenatal teratur, merencanakan persalinan aman dengan ibu dan keluarga pasien, melakukan rujukan

terencana untuk melahirkan di Rumah Sakit, dan membantu adanya kesiapan mental serta biaya. Bidan sudah melakukan asuhan pada Ny. S sesuai dengan teori tersebut. Ny.S melahirkan di Rumah Sakit, didampingi suami, transportasi menggunakan mobilnya, pendonor darah yang sudah disiapkan adalah adik kandungnya, dan sudah memiliki jaminan BPJS. Dokter memutuskan bahwa Ny. S dapat menjalani persalinan pervaginam karena telah memenuhi syarat VBAC dengan catatan persalinan dilakukan di Rumah Sakit

## 2. Jarak kehamilan <2 tahun

Menurut Krisnadi (2005), jarak antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*) sebaiknya antara 2 sampai 5 tahun, sedangkan pada Ny.S melahirkan anak terakhir pada tanggal 04 September 2013 dengan HPHT kehamilan kedua adalah tanggal 20 Juni 2015 artinya *pregnancy spacing* hanya 1 tahun 9 bulan. Menurut Rochjati (2011) Ny. S memiliki risiko mengalami perdarahan postpartum dan melahirkan bayi prematur. Oleh karena itu, bidan memberikan asuhan yaitu menganjurkannya untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur dan menjaga pola nutrisi, hal ini sesuai dengan Rochjati (2011). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kurnianingsih (2012) adalah dari 34 ibu yang memiliki jarak kehamilan <2 tahun, 65,4% diantaranya tidak mengalami perdarahan karena atonia uteri. Pada

kasus ini Ny. S tidak mengalami perdarahan postpartum karena atonia uteri dan tidak melahirkan bayi prematur.

### 3. Anemia Ringan

Dari riwayat ANC pada Ny. S didapatkan pemeriksaan kadar hemoglobin terakhir sebesar 10,1 gr% atau anemia ringan, hal tersebut sesuai dengan Saifuddin (2009) yang mengatakan bahwa anemia dalam kehamilan adalah dimana kadar hemoglobin dibawah 11 gr%, anemia dalam kehamilan terjadi karena adanya hemodilusi terutama saat trimester kedua. Dalam penelitian Istiqomah (2011) menunjukkan bahwa orang dengan IMT normal juga mengalami anemia dan jumlahnya lebih banyak yaitu 19 orang (18,1 %) daripada orang anemia dengan IMT berisiko hanya 13 orang (12,4 %). Dalam kasus yaitu IMT Ny.S masuk dalam kategori normal tetapi mengalami anemia.

Menurut Mangkuji, dkk (2012) pengaruh anemia dalam kehamilan adalah dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin, mudah terjadi infeksi, ancaman dekomposisi kordis, dan perdarahan antepartum. Maka bidan memberikan asuhan kepada Ny.S untuk melakukan ANC teratur, mengkonsumsi gizi seimbang terutama yang mengandung banyak zat besi dan mengkonsumsi tablet Fe menggunakan air jeruk. Asuhan yang diberikan bidan ini sudah sesuai dengan Rochjati (2011). Sehingga pada saat dilakukan pemeriksaan Hb selanjutnya

di PKU Muhammadiyah Kotagede dengan umur kehamilan  $36^{+2}$  minggu kadar Hb Ny. S mengalami peningkatan sebesar 1,1 gr%. Kadar Hb Ny. S sebesar 11,2 gr% atau diatas 11 gr%. menurut Manuaba (2010) kadar Hb wanita hamil  $\geq 11$  gr% masuk ke dalam kategori tidak anemia. Hal ini menunjukkan bahwa mengkonsumsi zat besi, vitamin C, dan sayuran hijau dapat meningkatkan kadar Hb sesuai dengan Varney, dkk (2007). Dalam penelitian Ida (2011) hubungan pemberian tablet Fe terhadap meningkatnya kadar hemoglobin juga diperoleh hasil yang signifikan (p) sebesar 0,001546, dimana  $p < 0,05$  sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh pemberian Fe terhadap peningkatan kadar hemoglobin. Ny. S melakukan anjuran – anjuran bidan sehingga selama kehamilan Ny. S tidak mengalami masalah – masalah tersebut. Kasus ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurnianingsih (2012) dari 29 ibu yang memiliki jarak kehamilan berisiko, 34,48% di antaranya mengalami perdarahan postpartum dan selebihnya tidak mengalami perdarahan postpartum.

#### 4. Kesemutan di tangan

Data subjektif yang ditemukan pada Ny. S pada kontak pertama tanggal 28 Januari 2016 pukul 09.30 WIB di Puskesmas Umbulharjo I dengan umur kehamilan  $31^{+5}$  minggu yaitu ibu mengatakan sering kesemutan di tangan. Hal tersebut sesuai dengan Varney, dkk (2007) yang mengatakan bahwa akibat uterus

yang membesar dan bertambah berat menyebabkan wanita hamil mengambil postur tubuh dengan posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepalanya antefleksi sehingga ada penekanan pada saraf lengan yang mengakibatkan kesemutan pada jari tangan. Bidan memberikan asuhan agar ibu mengompres tangannya dengan kain dan air hangat, tangan tidak diposisikan menggantung, hal ini dilakukan sambil berbaring atau tidur.

#### 5. Pinggang pegal

Pada saat kehamilan berumur  $35^{+2}$  minggu Ny. S mengeluh pinggangnya pegal, hal tersebut sesuai dengan Varney, dkk (2007) yang mengatakan bahwa seiring bertambahnya usia kehamilan dan berat uterus yang membesar terjadi perubahan postur tubuh, tubuh akan melengkung dan kemudian meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Keluhan ini dirasakan Ny. S hingga saat persalinan. Bidan memberikan asuhan untuk mengurangi pegal pada Ny. S yaitu dengan istirahat dan tidak terlalu banyak melakukan aktifitas yang berhubungan dengan membungkuk, angkat beban berat, dan mengurangi kegiatan yang melelahkan.

#### 6. Umur Kehamilan dengan Tinggi Fundus Uteri

Menurut Saifuddin (2009) Usia Kehamilan/ UK antara 29 – 35 minggu memiliki Tinggi Fundus Uteri/ TFU ( $\pm 2$  cm) dari UK.

Ny. S dengan UK 31<sup>+5</sup> minggu memiliki TFU 32 cm. Hal ini sudah sesuai dengan teori Saifuddin (2009).

Kehamilan Ny. S ini menurut Rochjati berdasarkan faktor risiko yang dimiliki maka masuk ke dalam kategori Risiko Kelompok I dan Risiko Kelompok II. Hal ini telah digambarkan di dalam *flowchart* asuhan berkesinambungan kasus Ny. S. Menurut *flowchart* asuhan kepada ibu hamil yang memiliki risiko kelompok I dan II yaitu dilakukan rujukan terencana berdasarkan jumlah skor Rochjati. Jumlah skor dari faktor risiko Ny. S adalah  $\geq 12$  atau masuk ke dalam Kelompok Risiko Sangat Tinggi. Bidan juga melakukan asuhan untuk persiapan atau rencana persalinannya. Dalam perjalanan kasus kehamilan Ny. S sudah sesuai dengan *flowchart* yaitu Ny. S dirujuk di RS PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. Ny. S melakukan pemeriksaan kehamilan selanjutnya di RS rujukan mulai umur kehamilan 36<sup>+2</sup> minggu.

## **B. Persalinan**

Ny. S melahirkan secara VBAC di RS PKU Muhammadiyah Kotagede karena sudah memenuhi persyaratan. Ketika dilakukan VBAC, maka bidan melakukan pemantauan ibu dengan partograf dan mengawasi secara ketat. Segera lakukan *sectio caesarea* jika didapati kondisi ibu yang membahayakan yaitu persalinan melampaui garis waspada dan dicurigai adanya obstruksi atau disproporsi pelvik, ada tanda – tanda ruptur uteri yaitu perdarahan, denyut nadi  $>100$  x/menit, nyeri menetap di abdomen dan/atau suprapubik, serta gawat janin.

Jam 02. 40 WIB ibu merasakan ingin mengejan dan Buang Air Besar, pemeriksaan dalam dilakukan dengan hasil vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban negatif, presentasi belakang kepala, UUK menunjuk angka 12, penurunan kepala Hodge IV, air ketuban positif, dan ada pengeluaran lendir darah. Analisis pada kasus ini adalah Ny. S umur 29 tahun G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>Ab<sub>0</sub>Ah<sub>1</sub> UK 37<sup>+4</sup> minggu janin tunggal, intrauterin hidup, presentasi belakang kepala, punggung kanan, dalam persalinan kala II dengan faktor risiko riwayat SC dan jarak kehamilan <2 tahun. Karena pembukaan sudah lengkap maka dilakukan tindakan memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, hingga merangsang bayi, hal ini sesuai dengan Saifuddin (2009). Lama kala II pada Ny. S berlangsung 5 menit, sebelumnya Ny. S telah diberikan asuhan cara mengejan yang benar agar masalah yang pernah dialaminya pada kelahiran sebelumnya tidak terjadi lagi.

Ny. S menjalani VBAC yangmana memiliki risiko ruptur uteri. Karena asuhan yang telah bidan dan dokter lakukan dan dengan melihat syarat – syarat melakukan VBAC akhirnya Ny. S berhasil menjalani VBAC tanpa ruptur uteri. Hal ini sejalan dengan penelitian Agustina (2012) bahwa komplikasi akibat persalinan pervaginam pasca bedah sesar yang terdiri dari ruptur uteri, *dehiscence* uteri, histerektomi, transfusi darah, endometritis, dan kematian ibu. Dari hasil yang didapat sebanyak 46 kasus ( 93.8%) tidak mengalami komplikasi.



Menurut *flowchart* alur persalinan kasus Ny. S adalah berisiko mengalami ruptur uteri, kala I lama, kala II lama menyebabkan kelelahan, kala III retensio plasenta, dan kala IV perdarahan karena atonia uteri. Ada sedikit perbedaan dengan *flowchart* bahwa dalam persalinan yang telah dijalani, Ny. S tidak mengalami salah satu risiko tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian Agustina (2012) yang telah disebutkan diatas bahwa sebanyak 46 kasus ( 93.8%) tidak mengalami komplikasi. Kondisi seperti ini juga didukung dengan kondisi Ny. S saat persalinan yaitu sudah tidak memiliki faktor risiko anemia dan sudah memenuhi syarat melakukan VBAC. Ny. S menjalani persalinan ditolong oleh dokter di Rumah Sakit yang memiliki fasilitas yang memenuhi syarat dan akhirnya melakukan persalinan aman, sejalan dengan lajukan asuhan berkesinambungan pada *flowchart*.

### C. Nifas

Data subjektif pada tanggal 09 Maret 2016 jam 10.00 WIB ibu mengatakan nyeri pada jahitan sudah berkurang dan ibu sudah Buang Air Kecil. Ny. S BAK di kamar mandi dengan cara berjalan kaki didampingi suami. Menurut Mochtar (2011) Ny. S mengalami masa nifas sampai tahapan puerperium dini yaitu ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan. Data objektif TFU menunjukkan 2 jari dibawah pusat, hal ini sesuai dengan Mochtar (2011) bahwa TFU setelah uri lahir adalah 2 jari dibawah pusat. Lokia rubra. Perdarahan dalam batas normal. Analisis pada kasus ini adalah Ny. S umur 29 tahun P2Ab0Ah2 nifas 6 jam.

Penatalaksanaan mengacu pada Kemenkes RI (2007) yaitu KIE personal hygien, KIE cara memeriksa kontraksi uterus dan mobilisasi, memberikan konseling mengenai ASI *on demand*. Menurut Saifuddin (2010) 6-12 jam pasca persalinan seorang ibu mengalami kehilangan darah dan nyeri, maka bidan memberikan asuhan berupa oral, amoksisilin 3X1 sebagai antibiotik, asam mefenamat 3X1 untuk mengurangi nyeri, dan tablet Fe 2X1 untuk mencegah terjadinya anemia karena kehilangan darah, dan vitamin A 1x1, serta mengobservasi perdarahan.

Pada hari ke-4 postpartum jahitan sudah hampir kering dan tidak ada pus, lokia sudah menjadi merah kekuningan. Hal ini sesuai dengan Mochtar (2011) yang mengatakan bahwa pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan lokia berwarna merah kekuningan yang disebut dengan lokia sanguinolenta. Bidan memberikan asuhan berupa KIE nutrisi dan perawatan bayi dirumah, sejalan dengan Kemenkes RI (2007). Pada hari ke 11 postpartum jahitan sudah kering, lokia berwarna kekuningan. Asuhan yang diberikan bidan juga masih mengacu Kemenkes RI (2007) yaitu KIE cara menyusui yang benar, KIE nutrisi, dan KIE untuk tetap menjaga kehangatan bayi.

Pada saat 35 hari postpartum ibu mengatakan ingin mengetahui tentang KB IUD. Melihat data objektif masih sejalan dengan Mochtar (2011) bahwa lokia berwarna putih atau lokia alba. TFU sudah tidak teraba, hal tersebut sesuai dengan Mochtar (2011) bahwa diatas 2 minggu fundus sudah tidak teraba dan pada saat 6 minggu fundus akan kembali normal.

Penatalaksanaan bidan sesuai dengan keluhan ibu dan sejalan dengan Kemenkes RI (2007) yaitu melakukan konseling mengenai KB. Bidan lebih memfokuskan pada KB IUD karena sejak sebelum kehamilan ini Ny. S telah berkeinginan untuk menggunakan KB IUD.

Dalam masa nifas ini faktor risiko yang masih ada dalam analisis persalinan yaitu riwayat sectio caesarea dan jarak kehamilan <2 tahun sudah tidak ada lagi. Jika dibandingkan dengan *flowchart* yang ada, Ny. S bisa mengalami ruptur uteri, yaitu risiko dari VBAC. Kemudian dimasa nifas risiko jarak kehamilan <2 tahun yaitu perdarahan setelah bayi lahir, bayi prematur/ lahir belum cukup bulan, dan Bayi Berat Lahir Rendah/ BBLR. Namun, dalam perjalanan kasus yang dialami bayi lahir aterm yaitu umur kehamilan diatas 37 minggu, berat badan bayi lahir lebih dari 2500 gram yaitu 3200 gram, dan perdarahan pada Ny. S dalam batas normal. Sehingga asuhan yang diberikan sama halnya dengan pasien tanpa faktor risiko.

#### **D. Bayi Baru Lahir/ Neonatus**

Data subjektif didapatkan bayi sudah mengeluarkan mekonium pada 1 jam pertama setelah kelahiran dan pada jam 10.00 WIB ibu mengatakan bayi sudah Buang Air Kecil, hal tersebut sesuai dengan Fraser dan Cooper (2009), bahwa tinja dan kemih akan dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan. Data objektif didapatkan respirasi bayi 40 kali/ menit dan frekuensi denyut jantung bayi 145 kali/ menit sesuai dengan Fraser dan Cooper (2009) bahwa bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan

30-60 kali per menit, pernafasan diafragma dada dan perut naik dan turun secara bersamaan serta frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit. Berat badan bayi 3200 gram, lahir pada saat UK 37<sup>+4</sup> minggu, bayi menangis kuat, kulit kemerahan, hal tersebut dikatakan bayi lahir sehat sesuai dengan Kemenkes RI (2010) yang menyebutkan bahwa bayi lahir sehat memiliki ciri – ciri BB 2500 – 4000 gram, umur kehamilan 37 – 40 minggu, bayi segera menangis, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik dan tidak ada cacat bawaan. Penatalaksanaan yang bidan lakukan sudah sesuai dengan Kemenkes RI (2010) yaitu melakukan antropometri dan pemeriksaan fisik, memberikan injeksi vitamin K, salep mata dan memberikan imunisasi Hb0 di paha kanan 1 jam setelah pemberian injeksi vitamin K. Pemberian vitamin K 1 mg bertujuan untuk menurunkan insiden perdarahan pada BBL (Saifuddin, 2009). Pemberian salep mata eritromicin 1% sesuai dengan asuhan menurut Saifuddin (2010).

Pada tanggal 13 Maret 2016 bayi berumur 4 hari, Ny. S melakukan kontrol rutin di PKU Muhammadiyah Kotagede. Data objektif yang didapatkan adalah untuk TTV dalam batas normal, BB bayi mengalami peningkatan menjadi 3300 gram dari berat lahir 3200 gram. Tali pusat sudah terlepas. Kulit bayi terlihat sedikit kuning pada bagian kepala hingga leher. Menurut Saifuddin (2009) kuning dengan batasan kepala hingga leher dikategorikan sebagai derajat 1. Penatalaksanaan yaitu dilakukan pemeriksaan kadar bilirubin, dengan hasil 6 mg%. Bidan menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari jam 7

pagi selama 15 menit dan terus diberikan ASI sesering mungkin. Menurut Saifuddin (2009) kadar Hb sebesar 6 mg% tersebut masih termasuk ke dalam kategori ikhterus fisiologis atau normal dan penatalaksanaan yang diberikan bidan sudah sesuai dengan bagan penanganan ikhterus bayi baru lahir. Setelah 3 hari kuning sudah menghilang. Penyebab bayi kuning pada Ny. S salah satunya adalah karena teknik menyusui yang kurang tepat sehingga bayi kekurangan cairan. Pada menit – menit pertama bayi menghisap kuat namun karena bergerak posisi bayi berubah dan bayi menjadi rewel. Bidan memberikan asuhan cara menyusui yang benar dan bayi tidak perlu dibedong kain supaya tidak gerah.

Selanjutnya Ny. S melakukan kunjungan ke Puskesmas pada tanggal 13 April 2016 saat bayi berumur 35 tahun. Data subjektif ibu mengatakan ingin mengimunisasikan bayinya. Data objektif menunjukkan suhu bayi  $36,8^{\circ}\text{C}$  atau tidak panas, maka bayi dapat diberikan suntikan vaksin BCG saat itu juga. Menurut IDAI (2014) pemberian vaksin BCG dianjurkan sebelum umur 3 bulan, optimal umur 2 bulan. Apabila diberikan sesudah umur 3 bulan perlu dilakukan uji tuberkulin. Dalam kasus ini pemberian vaksin BCG dilakukan saat bayi berumur kurang dari 2 bulan artinya sudah sesuai dengan anjuran IDAI.

Menurut *flowchart* dalam asuhan berkesinambungan pada BBL, Ny. S berisiko memiliki BBLR. Hal ini tidak terjadi karena selama diberikan asuhan Ny. S mentaati segala nasehat dari bidan. Pola makan menjadi lebih teratur dan melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur

sehingga segala kemungkinan risiko dapat dicegah. Alur asuhan yang bidan berikan sudah sesuai dengan *flowchart* dimana Ny. S melahirkan bayinya di rumah sakit rujukan.

#### **E. Keluarga Berencana/ KB**

Data subjektif didapatkan bahwa Ny. S ingin menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang karena ibu dan suami belum berencana memiliki momongan lagi. Sebelum kehamilan kedua kemarin Ny. S memang sudah berencana ingin menggunakan KB IUD, karena Ny. S sudah sedikit – sedikit mencari informasi mengenai alat kontrasepsi. Bidan pun melakukan penatalaksanaan berupa KIE mengenai KB yang lebih difokuskan pada KB IUD. Hal tersebut sesuai dengan Affandi (2012) yang mengatakan bahwa IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Pemilihan KB IUD sudah sesuai dengan kondisi ibu yaitu sedang menyusui dan menginginkan kontrasepsi jangka panjang. Menurut Affandi (2012) keuntungan IUD antara lain dapat segera efektif setelah pemasangan, metode jangka panjang (10 tahun proteksi dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi kualitas dan volume Air Susu Ibu, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus.

Data objektif yang didapatkan adalah tidak ada keputihan, karena jika ada keputihan patologis mendakan salah satu tanda yang bisa mengarah pada Infeksi Menular Seksual, sedangkan menurut Affandi

(2012) keterbatasan IUD antara lain tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan Infeksi Menular Seksual atau perempuan yang sering berganti pasangan.

Analisis pada kasus ini adalah Ny. S umur 29 tahun P2Ab0Ah2 akseptor baru KB IUD. Penatalaksanaan yang dilakukan bidan adalah memasang KB IUD Cooper T 380.

Asuhan berkesinambungan selanjutnya menurut *flowchart* adalah Ny. S melakukan Keluarga Berencana (KB) setelah menjalani kehamilan, persalinan, nifas dan memiliki BBL. Dalam perjalanan kasus Ny. S melakukan KB IUD di Puskesmas Umbulharjo I. KB yang dipakai adalah sesuai dengan keinginan Ny. S dan juga sesuai dengan kondisinya.