

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Kehamilan

Dalam pembahasan ini akan dibahas asuhan–asuhan selama masa kehamilan hingga nifas dan keluarga berencana untuk mengetahui asuhan-asuhan selama ini sudah efektif dan efisien tidak pada Ny. N.

Pengkajian pada ibu hamil Ny. N pada kontak pertama yaitu pada tanggal 20 Januari 2016 di Puskesmas Gondokusuman I, yang mana didapatkan data subjektif dan data objektif. Dari data subjektif diperoleh data bahwa Ny. N G2P0A1 usia 32 tahun. Hari pertama haid terakhir Ny. N adalah 11 Juni 2015, sehingga didapatkan usia kehamilan Ny. N pada saat itu 31 minggu lebih 6 hari.

Kunjungan tersebut Ny. N mengalami pegal-pegal pada panggul dan pantat sakit saat duduk lama. Pemberian asuhan pada ibu yang pegal-pegal pada panggul sesuai Varney *et al* (2006) dengan cara mengompres dengan air hangat, postur tubuh yang benar, kurangi membungkuk berlebih. Cara ini dapat mengurangi ketidaknyamanan yang dialami Ny. N saat trimester III. Keluhan tersebut sesuai dengan Varney *et al* (2006) yang menyebutkan bahwa perubahan selama kehamilan akan ditemukan ketidaknyamanan yang fisiologis dengan semakin besarnya janin akan mengakibatkan tekanan pada organ lain. Pegel-pegel pada panggul merupakan salah satu ketidaknyamanan pada ibu hamil dengan semakin besarnya janin.

Data objektif dilakukan pemeriksaan fisik dengan data tinggi fundus uteri yaitu 2 jari di atas pusat, 24 cm menggunakan metode Mc Donald, yang mana menurut Saifuddin (2009) bahwa tinggi fundus uteri yang normal pada usia minggu 20 – 36 minggu dapat diperkirakan dengan rumus (usia kehamilan dalam minggu \pm 2) cm, bila menggunakan rumus maka setidaknya tinggi fundus uteri Ny. N adalah 29 cm, akan tetapi TFU hanya 24 cm. Ditinjau dari Kusmiyati (2010) tinggi fundus pada usia kehamilan 32 minggu tinggi fundus uteri paling tidak 27 cm dan berada pada pertengahan pusat dan prosesus *xifoideus*. Hal ini dapat dikatakan perkembangan janin kecil sesuai masa kehamilannya.

Data penunjang dilakukan pemeriksaan Hb pada Ny. N pada tanggal 4 Januari 2016 di Puskesmas Gondokusuman I pada usia kehamilan 29⁺² minggu, dengan hasil Hb 10,3 gr%. Ny. N dikatakan anemia ringan sesuai kategori ibu hamil anemia menurut Departemen Kesehatan dalam Wasnidar dan Tarwoto (2007), bahwa ibu hamil dengan Hb 8 gr% - < 11 gr% tergolong anemia ringan. Menurut Manuaba (2010), bahwa ibu hamil dengan anemia salah satunya dapat terjadi hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim. Hal ini sesuai yang dialami oleh Ny. N yang mana dengan keadaan anemia ringan, pertumbuhan janin mengalami perlambatan yang ditunjukkan dengan tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan masa kehamilannya.

Asuhan pola nutrisi selama kehamilan dapat membuahkan hasil yang baik untuk perkembangan janin, hal ini terlihat pada pemeriksaan di usia kehamilan 39⁺⁴ minggu tinggi fundus uteri Ny. N adalah 32 cm. Bila ditinjau

dari Kusmiyati (2010) bahwa pada usia kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri 33 cm. Hal ini memperlihatkan perbedaan yang tipis, sehingga dapat dikatakan pertumbuhan janin meningkat dengan baik. Pada hasil USG pada usia kehamilan tersebut didapatkan taksiran berat janin yaitu 2781 gram.

Penurunan kepala janin ke panggul pada Ny. N terjadi pada usia kehamilan 39 minggu lebih 6 hari, keadaan ini selama kehamilan ditakutkan terjadi Disproporsi Kepala Panggul. Akan tetapi bila ditinjau dari tanda-tanda terjadi Disproporsi Kepala Panggul (Kemenkes RI, 2013) jika pada primigravida kepala janin belum masuk panggul pada usia kehamilan >36 minggu. Ny. N bukanlah primigravida sehingga wajar bila penurunan kepala janin terjadi pada saat sudah mendekati masa persalinan yaitu pada usia kehamilan tersebut.

Asuhan yang didapat Ny. N, hamil dengan anemia ringan adalah mendapatkan tablet penambah darah atau tablet Fe saat usia kehamilan memasuki trimester kedua, hal ini juga karena pada awal kehamilan Hb ibu dalam batas normal yaitu 13,7 gr%. Pemberian dimulai dari trimester dua ini sesuai dengan Cunningham (2011) bahwa kebutuhan zat besi tidak banyak meningkat selama 4 bulan pertama kehamilan, maka suplemen besi selama waktu ini tidak menjadi keharusan. Menunda pemberian suplemen besi selama trimester pertama kehamilan menghindari risiko peningkatan mual dan muntah.

Asuhan ibu hamil dengan anemia ringan disesuaikan dengan standar asuhan kebidanan menurut IBI (2006), asuhan tersebut dapat meningkatkan

kadar Hb pada Ny. N hal ini dapat terlihat dari pemeriksaan penunjang pada usia kehamilan 29⁺² minggu kadar Hb ibu hanya 10,3 gr%, dan saat mendekati persalinan usia kehamilan 40⁺¹ minggu kadar Hb ibu menjadi 11,2 gr%. Kenaikan kadar Hb pada Ny. N tidak hanya pengaruh dari pemberian tablet Fe saja, akan tetapi Ny. N melaksanakan hal-hal yang dapat membantu mudahnya penyerapan zat besi dalam tubuh, yaitu dengan cara meminum tablet penambah darah diantara makan, mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi seperti daging, serta tidak minum tablet Fe bersamaan dengan minum teh, susu maupun kopi. Hal ini sesuai dengan cara peningkatan penyerapan zat besi menurut Varney *et al* (2006).

Asuhan kebidanan pada Ny. N dengan anemia, dilakukan penatalaksanaan pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet dan pemeriksaan kadar Hb pada minggu ke-29, hal ini sesuai dengan standar asuhan kebidanan pada ibu hamil anemia IBI (2006) untuk pemberian tablet Fe selama 90 hari, dan juga dilakukan pemeriksaan kadar Hb lagi pada trimester ke-3. Pada asuhan kehamilan Ny. N sudah sesuai dengan standar asuhan kebidanan. Dari pemberian asuhan selama kehamilan bidan telah melakukan sesuai Kepmenkes No. 369/Menkes/SKIII/2007 tentang standar kompetensi bidan ke-3 yaitu bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

B. Persalinan

Pasien datang ke Puskesmas Jetis pada tanggal 19 Maret 2016, dengan keluhan keluar cairan jernih pada jam 06.00 WIB. Di Puskesmas dilakukan pemeriksaan dalam dan pemeriksaan menggunakan lakmus, hasil pemeriksaan dalam belum ada pembukaan, serviks sudah melunak dan hasil pemeriksaan lakmus basa, yang berarti ada cairan ketuban. Hal tersebut sesuai dengan teori Mochtar (2011) cara penentuan ketuban pecah dini yaitu dengan kertas lakmus, bila hasil biru (basa) maka cairan tersebut adalah cairan ketuban. Akan tetapi pada saat pemeriksaan dalam, persio masih dalam keadaan belum ada pembukaan, hal ini yang membuat keraguan apakah selaput ketuban benar-benar sudah pecah atau hanya merembes. Asuhan yang dilakukan pada kasus Ny. N ini diberikan profilaksis antibiotik untuk pencegahan terjadinya infeksi bila benar-benar sudah terjadi ruptur pada selaput ketuban. Pemeriksaan selanjutnya dilakukan 8 jam dari keluarnya cairan, pada jam 14.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam kembali dan tidak ada tanda-tanda persalinan, sehingga pasien dirujuk dengan diagnosa Ketuban Pecah Dini. Hal ini sesuai dengan Mansjoer *et al* (1999) pada penatalaksanaan KPD harus dirujuk di rumah sakit.

Pada tanggal 19 Maret 2016, jam 15.30 WIB, pasien di rujuk ke RS PKU Muhammadiyah dengan diagnosa KPD dan sampai sekarang belum ada pembukaan. Pemeriksaan ulang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah dengan hasil lakmus basa negatif yang berarti cairan tersebut bukanlah air ketuban. Dari perbedaan diagnosa ini, perhatikan bahwa keraguan atas selaput

ketuban sudah ruptur atau belum pada porsio yang masih menutup sulit ditentukan, dan juga dikatakan Kemenkes RI (2013) jika saat pemeriksaan cairan menggunakan lakmus, cairan tercampur oleh darah, semen, maupun infeksi dapat membuat hasil positif palsu. Kesalahan dalam menganalisa pada kasus Ny. N, maka dokter memutuskan untuk menunggu hingga besok pagi, dengan harapan pasien dapat bersalin normal, karena sudah terjadi pematangan serviks dan kehamilan sudah aterm.

Adanya perbedaan diagnosa, asuhan pada Ny. N di Puskesmas Jetis dengan pemberian profilaksis antibiotik amoxicilin tidak dilanjutkan di RS PKU Muhammadiyah. Pada dasarnya pemberian profilaksis antibiotik pada kasus ketuban pecah dini dilakukan untuk mengurangi risiko terjadinya amnionitis hal ini sesuai dengan Saifuddin (2010) tentang penanganan ketuban pecah dini pemberian antibiotik sebagai profilaksis. Akan tetapi karena pada pemeriksaan lanjutan pasien tidak mengalami hal tersebut, penghentian antibiotik amoxicillin merupakan tindakan yang sesuai. Ditinjau dari antibiotiknya, amoxicilin merupakan antibiotik golongan penisilin yang mempunyai spektrum luas yang berarti dapat menyerang bakteri gram positif dan bakteri gram negatif. Sehingga penghentian pemberian antibiotik pada pasien yang tidak terjadi ketuban pecah dini merupakan hal yang sesuai karena bila terapi dilanjutkan akan membunuh bakteri yang positif.

Hasil observasi sampai tanggal 20 Maret 2016 jam 09.30 WIB, kontraksi ibu masih jarang, dengan begitu dokter memutuskan untuk melakukan induksi persalinan. Melihat dari hasil pemeriksaan dalam bahwa serviks

sudah mengalami pematangan menjadi lunak, hal ini mendukung untuk dilakukan induksi persalinan dan potensi keberhasilan induksi persalinan pada ibu yang serviks sudah matang lebih besar daripada pada ibu yang serviksnya masih kaku. Hal ini sesuai dengan teori Cunningham (2012) yang menyatakan bahwa jika penilaian pematangan serviks rendah maka terdapat peningkatan ketidakberhasilan induksi.

Dilihat dari indikasi dilakukan induksi persalinan menurut Manuaba (2010) salah satunya yaitu kehamilan lewat waktu. Kehamilan lewat waktu sendiri didefinisikan sebagai kehamilan lewat dari 42 minggu. Pada kasus Ny. N kehamilan belum lewat waktu, akan tetapi menurut Cunningham (2012) melihat dari kesejahteraan janin yang berada di dalam uterus jika lebih dari 42 minggu akan ada kemungkinan lebih berisiko ancaman morbiditas dan lainnya. Sehingga beberapa kelompok beranggapan terminasi kehamilan dapat dilakukan selama kehamilan sudah aterm, karena pada kehamilan ini janin sudah dapat hidup optimal di luar rahim. Menurut Varney *et al* (2007) bahwa peningkatan risiko lahir mati pada janin terjadi seiring peningkatan usia kehamilan melewati 40 minggu, dan dari penelitian Neny Dwi Anggraeni (2013) luaran bayi pada induksi kehamilan ≥ 42 minggu lebih buruk dibandingkan < 42 minggu dengan kejadian asfiksia yang lebih besar.

Dilihat dari syarat dilakukan induksi persalinan Manuaba (2010) yaitu kehamilan mendekati aterm atau sudah aterm, tidak ada kesempitan panggul, memungkinkan untuk persalinan per vagina, dan presentasi kepala. Hal ini sesuai dengan kasus Ny. N kehamilan sudah aterm, presentasi kepala, tidak

ada penyempitan panggul dan masih ada kemungkinan persalinan pervagina karena kepala sudah masuk panggul.

Pemberian dosis pada saat akan induksi persalinan pada Ny. N di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, yaitu dengan cairan Ringer Laktat 500 ml + Syntocinon 5 IU, dan dari awal pemberian dosis yaitu 12 tetes per menit pada botol infus I. Hal ini sesuai yang dinyatakan Manuaba (2010) bahwa pemberian dosis awal untuk induksi adalah 8 – 12 tetes per menit, dengan perhitungan setiap tetes mengandung 0,0005 unit Oksitosin sehingga dengan pemberian oksitosin sebanyak 12 tetes per menit terdapat oksitosin sebanyak 0,006 unit/ml (6 mU/menit). Selanjutnya dosis dinaikkan pada botol infus ke II menjadi 16 tetes per menit, setelah 30 menit kontraksi masih sedang ditambah menjadi 20 tetes per menit. Hal ini kurang sesuai dengan kenaikan dosis menurut Manuaba (2010) yang menyatakan setiap 15 menit dilakukan penilaian. Bila tidak terdapat his yang adekuat jumlah tetesan ditambah 4 tetes sampai maksimal 40 tetes/menit atau 0,02 unit oksitosin/menit. Pemberian dosis 20 tetes per menit dipertahankan karena sudah terjadi kontraksi yang adekuat, hal ini sesuai dengan Manuaba (2010) bila sebelum tetesan ke-40 sudah timbul kontraksi otot rahim yang adekuat, maka tetesan terakhir dipertahankan sampai persalinan berlangsung.

Menurut Manuaba (2010) pada saat melakukan induksi persalinan tentu perlu mengobservasi kesejahteraan ibu dan janin, karena pada proses induksi dapat terjadi komplikasi seperti ketuban dapat pecah dalam pembukaan kecil yang disertai dengan pecahnya vasa previa, prolapsus bagian kecil janin

terutama tali pusat, terjadi gawat janin karena gangguan sirkulasi retroplasenta pada tetani uteri atau solusio plasenta. Hal ini sudah dilakukan pemantauan kesejahteraan janin dan ibu setiap 1 jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif.

Asuhan pada Ny. N setelah pembukaan sudah lengkap, terlihat selaput ketuban masih utuh sehingga dilakukan amniotomi (pemecahan selaput ketuban dengan sengaja), hal ini sesuai dengan Manuaba (2010) indikasi dilakukan amniotomi adalah sudah terjadi pembukaan lengkap. Kasus Ny. N juga dilakukan episiotomi karena perineum kaku, kekakuan pada perineum dapat terjadi karena kurangnya *exercise* selama masa kehamilan untuk melatih otot-otot daerah perineum. Pemberian asuhan untuk mengajarkan Ny. N melakukan latihan ringan agar mengelastiskan perineum tidak terlaksana, sehingga perineum kaku.

Dalam pemberian asuhan pada saat akan persalinan bidan masih kurang kompeten dalam menganalisa data. Pemberian asuhan selama masa persalinan di rumah sakit bidan sudah sesuai dengan Kepmenkes No. 369/Menkes/SKIII/2007 tentang standar kompetensi bidan ke-4 yaitu bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

C. Bayi baru lahir

Ibu yang mengalami anemia selama kehamilannya, menurut Manuaba (2010) bahwa ibu hamil dengan anemia akan mempengaruhi pada bayinya, yaitu akan terjadi bayi dengan berat lahir rendah. Bayi dengan berat lahir rendah bila berat lahir < 2.500 gram, walaupun lahir cukup bulan. Serta persalinan prematur karena asupan yang seharusnya masih diberikan pada janin menjadi berkurang. Hal ini tidak terjadi pada bayi Ny. N yang mana pada saat lahir beratnya 3.200 gram. Ternyata dilihat dari teori Cunningham (2011) konsentrasi Hb trimester I yang rendah meningkatkan risiko berat lahir rendah, persalinan kurang bulan, dan bayi kecil sesuai usia kehamilan. Dilihat riwayat pemeriksaan Hb ibu, pada awal trimester kadar haemoglobin ibu sangat baik yaitu $13,7$ gr%.

Selama masa neonatus bayi tidak mendapat ASI eksklusif, karena saat Ny. N sakit batuk, pilek, suami memberikan susu formula pada bayi agar istri dapat istirahat, hal ini tidak sesuai dengan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan. Pemberian susu formula tidak mengakibatkan diare maupun disentri, karena hari berikutnya Ny. N melanjutkan pemberian ASI seterusnya. Pelepasan tali pusat pada bayi terjadi pada hari ke-7, dan tidak mengalami infeksi. Terlihat saat kunjungan ke-2 talipusat sudah lepas dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi pada tali pusat.

Dalam pemberian asuhan selama masa neonatus bidan sudah sesuai dengan Kepmenkes No. 369/Menkes/SKIII/2007 tentang standar kompetensi bidan ke-6 yaitu bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi,

komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan. Dalam 1 bulan tidak ditemukan masalah maupun tanda bahaya pada bayi.

D. Nifas

Post partum pada Ny. N tanggal 21 Maret 2016, jam 17.00 mengatakan mules-mules dan nyeri pada jahitan jalan lahir. Mules-mules pada Ny. N pasca bersalin menurut Oxford (2012) dikarenakan adanya kontraksi dan retraksi dari uterus secara terus-menerus dalam masa pemulihan. Pemberian asuhan pasca bersalin dengan pemeriksaan tanda vital, observasi abdominal, dan perdarahan, hal ini menurut Oxford (2012) merupakan aspek fisiologis dalam asuhan pascanatal untuk memastikan kesehatan fisik dan mendeteksi adanya penyimpangan dari normal. Dalam pemeriksaan tersebut Ny. N dalam keadaan sehat dan normal.

Tanggal 27 Maret 2016 Ny. N mengatakan keluar gumpalan-gumpalan darah, mengeluh pusing batuk dan pilek serta puting kanan lecet. Akan tetapi saat diperiksa di tempat pelayanan kesehatan perdarahan dalam batas normal. Asuhan pada Ny. N yang mengeluh pusing batuk dan pilek, diberikan terapi sesuai keluhan dan menganjurkan Ny. N untuk menjaga pola istirahat dan pola nutrisi. Ny. N sudah rutin meminum obat akan tetapi kurangnya jam istirahat, selama seminggu Ny. N belum mengalami penyembuhan. Kembali berobat ke tempat pelayanan berbeda, dan saat Ny. N dapat mengurangi aktifitas dan pola istirahat cukup, pada postpartum hari ke-15 sudah sembuh.

Ny. N juga mengalami lecet pada puting kanan. Kunjungan selanjutnya di evaluasi Ny. N tidak menerapkan cara menyusui dengan benar sehingga

terjadi putting lecet. Hal ini sesuai dengan teori Nugroho (2014) bahwa salah satu penyebab putting lecet adalah kurang tepat teknik menyusui. Kurangnya peduli Ny. N untuk melaksanakan sesuai yang diajarkan berakibat pada putting yang lecet. Asuhan pada kasus putting lecet yaitu mengajari ibu cara mengatasi putting lecet dengan mengoleskan ASI pada putting, mengompres payudara dan mengajari kembali cara menyusui dengan benar. Pada kunjungan selanjutnya dievaluasi kembali Ny. N sudah tidak mengalami putting lecet dan sudah benar cara menyusui bayinya.

Tanggal 27 Maret 2016 Ny. N dilakukan pemeriksaan Hb post partum dengan hasil 10,6 gr%, menurut WHO kadar Hb >10 gr% tidak dinyatakan anemia. Asuhan untuk menghimbau Ny. N menambah asupan nutrisi yang lebih dan konsumsi tablet Fe post partum yang rutin membuat Ny. N tidak mengalami anemia. Pemberian tablet Fe post partum sesuai dengan standar asuhan kebidanan pada ibu hamil anemia yang menyatakan ibu hamil dengan anemia untuk tetap minum tablet besi sampai 4-6 bulan setelah persalinan. Menurut *British Committee for Standards in Haematology* menyatakan jika Hb ibu post partum dalam batas normal tetap diberikan tablet Fe sampai 3 bulan atau paling sedikit 6 minggu sesudah persalinan.

Pengeluaran lokhea rubra pada post partum Ny. N terjadi sampai hari ke-4 dan lokhea sanguilenta hingga 8 hari dan selanjutnya pengeluaran kekuningan dan kecoklatan sampai post partum ke-15 hingga terakhir pengeluaran lokhea pada post partum hari ke-38. Bila ditinjau dari teori Cunningham (2013) pengeluaran lokhea post partum Ny.N tidak sesuai

dengan teori. Bila ditinjau dari Nugroho (2014) pengeluaran lochea pada Ny. N sesuai dan dalam keadaan normal.

Dalam pemberian asuhan selama masa nifas bidan sudah melakukan sesuai Kepmenkes No. 369/Menkes/SKIII/2007 tentang standar kompetensi bidan ke-5 yaitu bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

E. Keluarga Berencana

Pada tanggal 22 Maret 2016 dilakukan konseling tentang alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan ibu. Sesuai dengan penapisan kontrasepsi menurut Affandi (2011) bahwa kondisi ibu pasca bersalin, masa laktasi, riwayat anemia, serta usia < 35 tahun maka macam-macam alat kontrasepsi yang dianjurkan adalah pil progestin, implant, dan DMPA (suntik 3 bulan). Dan dilakukan evaluasi pada tanggal 23 April ibu mengatakan bahwa akan menjadi akseptor KB suntik 3 bulan, hanya saja belum tahu kapan akan memulai. Pemilihan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulanan, sesuai yang disarankan karena suntik progestin merupakan salah satu alat kontrasepsi yang tidak mengganggu produksi ASI, dan tidak mengakibatkan perdarahan banyak yang memicu anemia.

Pemberian asuhan keluarga berencana tidak bersifat memaksa, dan Ny. N sendiri sudah merencanakan sesudah mempunyai anak ingin menggunakan alat kontrasepsi terlebih dahulu, dan akan menggunakannya setelah menstruasi kembali.