

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Konsep Asuhan Kebidanan

Dalam memberikan asuhan kebidanan dilakukan pengkajian berupa data subjektif dan objektif sehingga didapatkan data yang tepat, akurat, dan lengkap. Setelah itu dirumuskan diagnosa dan masalah kebidanan sesuai dengan kondisi klien sehingga diketahui perencanaan dan implementasi kebidanan sesuai dengan kasus. Evaluasi dilakukan setiap selesai memberikan asuhan kebidanan untuk mengetahui keefektifan asuhan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VII/2007. Pemberian asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir/neonatus dan KB dilakukan sesuai dengan standar kompetensi bidan dalam Kepmenkes No. 369 tahun 2007 yaitu standar kompetensi 2 sampai 6.

B. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Nama responden dalam asuhan kebidanan komprehensif ini adalah Ny. R. Dalam catatan rekam medis disebutkan Ny. R mengalami anemia dan KEK. Pada saat kunjungan tanggal 21 dan 28 Januari 2016, keluhan utama Ny. R adalah sering pusing dan mudah lelah. Keluhan Ny. R dapat merupakan salah satu tanda ibu mengalami anemia atau ketidaknyamanan pada trimester III. Hal ini sesuai dengan Saifuddin (2009), tanda anemia bila terdapat keluhan lemah, pucat, mudah pingsan, sementara tensi masih dalam batas normal. Menurut Varney, dkk (2006), anemia menyebabkan tanda dan gejala letih, sering mengantuk, pusing, lemah, nyeri kepala, membran mukosa pucat (misal

konjungtiva). Menurut Fraser dan Cooper (2009), sakit kepala dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti perubahan hormonal, kelelahan, tegangan pada mata, dan perubahan emosional. Sakit kepala dapat terjadi kapan saja selama kehamilan. Pada trimester ketiga kelelahan ini dapat berkaitan dengan peningkatan berat badan, yang menyebabkan kesulitan bergerak dan peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh dalam rangka persiapan persalinan dan menyusui. Menurut Varney, dkk (2006), apabila ibu kekurangan oksigen dapat menyebabkan pusing.

Pada kehamilan anak pertama Ny. R mengalami anemia, sehingga kehamilan kedua ini berisiko untuk terjadi anemia. Riwayat pemeriksaan Hb ibu pada umur kehamilan 6-7 minggu adalah 9,5 gr/dl, sehingga dari awal kehamilan ibu sudah mengalami anemia. Hal ini sesuai dengan Manuaba (2007), bahwa salah satu penyebab anemia pada kehamilan adalah riwayat anemia pada kehamilan sebelumnya. Menurut WHO (2012), seorang wanita hamil dianggap anemia jika konsentrasi hemoglobinnya selama trimester pertama dan ketiga kehamilan lebih rendah dari 11 gr/dl.

Dilakukan pengkajian tentang nutrisi untuk mengetahui penyebab anemia yang dialami ibu. Hal ini sesuai dengan Robson (2011), pada pemeriksaan ANC bidan mengkaji penyebab anemia dari riwayat diet untuk mengetahui adakah kemungkinan *pica*, kebiasaan mengidam berlebihan dan mengonsumsi makanan-makanan tertentu dan riwayat medis yang adekuat dan uji yang tepat. Ny. R mengatakan jarang mengonsumsi lauk protein hewani, sayuran hijau, dan buah-buahan, tetapi rutin mengonsumsi lauk protein nabati.

Ibu sudah tahu cara mengonsumsi tablet Fe dan rutin mengonsumsinya tiap malam. Nutrisi Ny. R yang kurang dapat menyebabkan ibu menjadi anemia karena saat hamil kebutuhan Fe meningkat. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013) bahwa ibu hamil menderita anemia disebabkan karena jarang mengonsumsi sumber pangan protein hewani, jarang mengonsumsi sayuran hijau, dan jarang mengonsumsi buah-buahan terutama yang mengandung vitamin C. Menurut Almatsier (2011), protein hewani termasuk jenis besi heme dan protein nabati merupakan jenis besi nonheme. Penyerapan besi nonheme lebih rendah dari besi heme, tetapi bila dikonsumsi secara bersamaan dapat meningkatkan penyerapan besi nonheme. Menurut Manuaba (2007), kebutuhan akan Fe meningkat selama kehamilan untuk memenuhi kebutuhan ibu, janin, dan plasenta serta untuk menggantikan kehilangan darah saat persalinan.

Ny. R yang jarang mengonsumsi lauk protein hewani, hanya mengonsumsi protein nabati, jarang makan sayur hijau dan buah, ibu makan dengan porsi sedikit tetapi sering, dan saat makan ibu sering terganggu dengan pembeli. Nutrisi Ny. R yang kurang beragam dan tidak adekuat dapat menyebabkan KEK. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hasanah, Febrianti, dan Minsamawati (2013), faktor yang dapat mempengaruhi KEK adalah pola makanan ibu hamil yang kurang beragam, dan porsi makanan utama ibu hamil yang masih kurang adekuat. Menurut penelitian yang dilakukan Agustian (2010), KEK dapat disebabkan oleh kekurangan protein dan kalori.

Data objektif yang ditemukan konjungtiva ibu agak pucat dan tekanan darah dalam batas normal. Hal ini sejalan dengan Saifuddin (2009), tanda anemia bila terdapat keluhan lemah, pucat, mudah pingsan, sementara tensi masih dalam batas normal. Menurut Varney, dkk (2006), anemia dapat menyebabkan tanda dan gejala letih, sering mengantuk, pusing, lemah, nyeri kepala, membran mukosa pucat (misal konjungtiva).

Pemeriksaan kadar Hb terakhir Ny. R pada saat umur kehamilan 23-24 minggu tanggal 03 Desember 2015 adalah 9,3 gr/dl yang menunjukkan bahwa Ny. R anemia. Hal ini sesuai dengan WHO (2012), seorang wanita hamil dianggap anemia jika konsentrasi hemoglobinnya selama trimester pertama dan ketiga kehamilan lebih rendah dari 11 gr/dl sedangkan trimester kedua lebih rendah dari 10,5 gr/dl. Berdasarkan riwayat pemeriksaan Hb, Ny.R digolongkan anemia ringan. Hal ini sesuai dengan Manuaba (2012), kategori anemia ringan bila Hb 9-10 gr/dl. Jarak pemeriksaan kadar Hb dengan kontak pertama sudah satu bulan lebih, ada kemungkinan kadar Hb Ny. R dapat meningkat 1 gr/dl. Sehingga perlu dilakukan pengecekan ulang kadar Hb Ny. R. Hal ini sesuai dengan Fatimah, dkk (2011), pemberian preparat 60 mg per hari dapat meningkatkan kadar Hb sebanyak 1 gr/dl per bulan. Tetapi saran dari pembimbing lahan dilakukan cek Hb lagi bila ibu memasuki pertengahan trimester III, sehingga pada kontak pertama dengan Ny. R tidak dilakukan pengecekan kadar Hb.

Lingkar lengan atas (LiLA) Ny. R 21,5 cm. Sehingga ibu dikategorikan mengalami KEK. Menurut Supariasa, dkk (2012), ibu hamil

KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran LiLA <23,5 cm. Anemia pada Ny. R dapat disebabkan karena Ny. R mengalami KEK. Hal ini sejalan dengan Waryono (2010), bahwa KEK dapat menyebabkan anemia. IMT Ny. R 15,81 Kg/m² dan tergolong rendah. Selama hamil berat badan Ny. R bertambah 13,5 kg. Hal ini sejalan dengan Saifuddin, dkk (2010) IMT <19,8 tergolong rendah selama hamil direkomendasikan menambah berat badan 12,5-18 kg.

TFU Ny. R pada saat umur kehamilan 30-31 minggu adalah 28 cm dan pada umur kehamilan 33-34 minggu TFU Ny. R 29 cm. Menurut Kusmiyati (2010), bahwa TFU umur kehamilan 28-32 minggu adalah 25-27 cm dan TFU umur kehamilan 32-36 minggu adalah 27-30 cm. Taksiran berat janin (TBJ) pada umur kehamilan (UK) 30-31 minggu adalah 2480 gram dan pada UK 33-34 minggu adalah 2635 gram. Menurut Sadler (2009), TBJ UK 29-32 minggu adalah 1400-2100 gram dan TBJ UK 33-36 minggu adalah 2200-2900 gram. TFU dan TBJ Ny. R lebih besar dari umur kehamilan, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan USG untuk mengklarifikasi. Selama kehamilan Ny. R belum pernah melakukan USG, sehingga umur kehamilan Ny. R meragukan. Menurut Varney, dkk (2006), ultrasonografi akan memperkecil kemungkinan dalam memperkirakan usia kehamilan sehingga dapat menurunkan risiko kesalahan penilaian. Ny. R bersedia dilakukan USG setelah di motivasi, namun pemeriksaan USG belum terlaksana karena Ny. R sudah melahirkan sebelum tanggal yang telah ditetapkan.

Ny. R memiliki faktor risiko dalam kehamilan yaitu anemia, bila dilakukan skiring faktor risiko dengan kartu Poedji Rochjati mempunyai

jumlah skor 6. Selama ini Ny. R melakukan kunjungan antenatal di Puskesmas Gedongtengan dan diperiksa oleh bidan. Hal ini sesuai dengan Rochjati (2011), bahwa anemia masuk dalam faktor risiko kelompok II yaitu ada gawat obstetri meliputi 8 faktor risiko, tanda bahaya, dan ada keluhan tetapi tidak darurat. Jumlah skor 6-10 merupakan kelompok risiko tinggi, sehingga perawatan kehamilan harus dengan bidan atau dokter.

Asuhan kebidanan kehamilan yang diberikan untuk mengatasi ketidaknyamanan Ny. R berupa sakit kepala dan mudah lelah adalah dengan pemberian KIE berupa penyebab dan cara mengatasinya. Tidak diperlukan pemeriksaan lanjut karena tekanan darah Ny. R selama hamil normal dan hasil pemeriksaan protein urin negatif. Hal ini sesuai dengan Fraser dan Cooper (2009), sakit kepala dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, tetapi jika sakit kepala terjadi pada trimester ketiga dan disertai dengan peningkatan tekanan darah, dan atau protein urin maka bantuan medis harus segera diberikan. Menurut Varney, dkk (2006), keletihan adalah hal normal, dan akan hilang secara spontan dengan istirahat selama siang hari, latihan ringan, dan nutrisi yang baik.

Asuhan kebidanan yang diberikan untuk penanganan KEK meliputi pemberian KIE untuk meningkatkan asupan kalori dan protein, merubah pola makan Ny. R menjadi beragam, dan makan bersama dengan keluarga. Apabila tidak bisa makan bersama keluarga, ibu dapat bergantian menjaga warung dengan suami pada saat makan supaya tidak terganggu oleh pembeli.

Asuhan kebidanan yang diberikan untuk penanganan anemia Ny. R adalah dengan pemberian tablet Fe. Di lahan Ny. R hanya diberikan tablet Fe sehari sekali. Hal ini tidak sesuai dengan Varney, dkk, (2006), ibu hamil dengan anemia diberikan *Ferrous fumarate* 325 mg 2x1 sehari. Ny. R diberikan KIE nutrisi untuk peningkatan kadar Hb yaitu meningkatkan konsumsi lauk protein hewani dan tetap mengonsumsi lauk protein nabati, meningkatkan konsumsi sayuran hijau, buah-buahan yang mengandung vitamin C, dan tidak mengonsumsi zat besi bersamaan dengan penghambat seperti teh, kopi, dan susu. Harus diberikan jeda paling tidak 2 jam setelah atau sebelum makan. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk, (2006), memberikan konseling tentang pengaturan diet sangat penting karena zat besi lebih mudah diserap dari bahan makanan daripada zat besi oral. Ny. R dan suami diberikan KIE untuk merawat kembali tanaman kelompok yang berada di pekarangan rumah. Apabila ibu ingin memasak sayur tidak harus membeli dan diharapkan ibu dapat mengonsumsi sayuran hijau setiap hari.

Sebelum persalinan di Puskesmas Tegalrejo, Ny. R diperiksa kadar Hb dan hasilnya 9,3 gr/dl, sehingga Ny. R masih anemia. Hal ini disebabkan karena Ny. R belum sepenuhnya menerapkan saran yang diberikan seperti mengonsumsi lauk protein hewani, sayuran hijau, dan buah-buahan. Kesadaran Ny. R untuk menerapkan saran yang diberikan masih kurang, hal ini dapat disebabkan karena pendidikan Ny. R tamat SD. Menurut Manuaba (2008), ibu hamil yang berpendidikan tinggi akan menerapkan informasi yang diperoleh dalam pemenuhan kebutuhan gizi untuk dirinya. Hal tersebut dapat

menghindarkan seseorang dari anemia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Noverstitti (2012), ada hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan terlalu dekat dan tingkat pengetahuan dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III.

C. Asuhan Kebidanan Persalinan

Ny. R masuk ke Puskesmas pada tanggal 21 Februari 2016 jam 08.45 WIB dengan keluhan merasa perut kenceng-kenceng menjalar dari depan ke belakang, bertambah sering ketika dipakai berjalan, dan keluar flek darah. Berdasarkan keluhan tersebut Ny. R masuk dalam tanda persalinan. Hal ini sesuai dengan Sumarah, dkk (2008), apabila sudah masuk persalinan perubahan serviks yang secara progresif menipis dan membuka sehingga selaput lendir yang ada di kanalis servikalis terlepas dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah yang sering disebut dengan *bloody show*, ibu merasakan bagian belakang (pinggang) nyeri menjalar ke depan dan bila pasien beraktivitas misalnya berjalan maka kekuatan his akan bertambah.

His Ny. R dalam 10 menit 1x selama 15 detik dan hasil pemeriksaan dalam vagina licin, serviks tebal dan lunak, dan pembukaan 1 cm. Berdasarkan pemeriksaan tersebut Ny. R masuk dalam persalinan kala I fase laten. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007), wanita intrapartum normal dilakukan pemeriksaan dalam pada saat datang untuk menetapkan informasi dasar. Menurut Sumarah, dkk (2008), kala I berlangsung dari pembukaan 0 cm sampai 10 cm, pada awal pembukaan his tidak terlalu kuat dan mulai mengeluarkan *bloody show*. Kala I fase laten dari pembukaan 0-3 cm.

Hasil pemeriksaan konjungtiva Ny. R pucat dan hasil pemeriksaan Hb ibu 9,3 gr/dl, sehingga Ny. R mengalami anemia. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2006) bahwa salah satu tanda anemia adalah membrane mukosa pucat (misal konjungtiva). Menurut WHO (2012), wanita hamil dianggap anemia jika konsentrasi hemoglobinnya selama trimester ketiga kehamilan lebih rendah dari 11 gr/dl.

Umur kehamilan Ny. R 34-35 minggu dan sudah ada tanda persalinan. Selama kehamilan Ny. R belum pernah melakukan USG dan pada saat akan melahirkan di Puskesmas Tegalrejo tidak dilakukan pemeriksaan USG dikarenakan alat sedang rusak, sehingga umur kehamilan hanya ditentukan dari HPHT ibu. Menurut HPHT Ny. R mengalami persalinan prematur, sehingga pihak Puskesmas Tegalrejo memberikan penatalaksanaan persalinan prematur yaitu berkolaborasi dengan dokter. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007) penatalaksanaan kebidanan mengenai kemajuan persalinan prematur sampai kelahiran dilakukan kolaborasi dengan dokter yang menangani wanita. Dokter memberikan saran untuk memberikan nifedipin 20 mg bila perlu untuk mengurangi kontraksi dan injeksi deksametason untuk pematangan paru. Injeksi deksametason diberikan sekali pada jam 09.00 WIB. Nifedipin 20 mg diberikan 2 kali yaitu pada jam 09.00 WIB dan jam 11.00 WIB karena kontraksi ibu bertambah. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007), tokolisis adalah penggunaan obat-obatan yang akan menghambat kontraksi uterus. Menurut Saifuddin (2010), salah satu tokolisis yaitu nifedipin 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang

dan dapat diberikan lagi jika kontraksi timbul berulang. Pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru janin dan perlu diberikan bila usia kehamilan kurang dari 35 minggu. Pemberian kortikosteroid tidak diulang karena risiko pertumbuhan janin terhambat.

Penatalaksanaan persalinan prematur yang lain ibu diberitahu untuk istirahat di tempat tidur dan melakukan aktivitas seperti BAK dan BAB ditempat tidur, sehingga ibu tidak terlalu banyak bergerak. Selain itu dilakukan pemantauan his, DJJ, dan pemeriksaan dalam. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007), penatalaksanaan asuhan untuk wanita dengan tanda dan gejala yang mengindikasikan persalinan prematur adalah tirah baring dalam posisi miring atau lateral, pemantauan DJJ eksternal, kontraktilitas uterus, dan jika ketuban utuh pemeriksaan dalam dilakukan oleh satu orang untuk memantau perubahan serviks.

Pada pukul 12.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui pembukaan serviks karena his bertambah dan ketuban rembes. Hasil pemeriksaan dalam vagina licin, serviks tipis, pembukaan 8 cm, selaput ketuban utuh, air ketuban jernih dan sarung tangan lendir darah. Dari hasil pemeriksaan ibu masuk dalam kala I fase aktif. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007), pemeriksaan untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan ibu untuk mengejan atau sebaliknya, Menurut Sumarah, dkk, (2008), fase aktif dari pembukaan 3-10 cm.

Umur kehamilan Ny. R 34-35 minggu, ibu merasakan nyeri perut dari depan sampai belakang, his terjadi 4x dalam 10 menit berdurasi 20 detik, dan

dari hasil pemeriksaan dalam pada jam 12.30 WIB serviks tipis, pembukaan serviks 8 cm dan terdapat lendir darah pada sarung tangan. Sehingga Ny. R dalam persalinan Kala I dengan persalinan prematur. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk, (2007) persalinan prematur adalah persalinan yang dimulai setelah minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke-37. Menurut Saifuddin, dkk (2010), untuk menegakkan diagnose persalinan preterm bila terdapat kontraksi berulang sedikitnya 2-3 kali dalam 10 menit, nyeri punggung bawah, perdarahan bercak, pemeriksaan serviks menunjukkan pembukaan sedikitnya 2 cm dan penipisan 50-80%, serta terjadi pada umur kehamilan 22-37 minggu.

Ny. R mengatakan ingin mengejan seperti ingin BAB pada jam 15.15 WIB dan merasakan keluar air banyak dari jalan lahir. Perineum ibu terlihat menonjol, vulva dan anus membuka. Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vagina licin, serviks tidak teraba, pembukaan 10 cm. selaput ketuban pecah, presentasi belakang kepala, air ketuban jernih, dan sarung tangan lendir darah. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut Ny. R masuk dalam persalinan kala II. Hal ini sesuai dengan Sumarah, dkk (2008), kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Ibu juga akan merasakan tekanan pada rektum, seperti ingin BAB, perineum menonjol, vulva dan anus membuka. Menurut Varney, dkk (2007), wanita inpartu dilakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan ibu untuk mengejan atau sebaliknya dan setelah ketuban pecah. Kemudian dilakukan pimpinan persalinan. Ny. R dilakukan

episiotomi atas indikasi perineum kaku. Bayi lahir jam 15.30 WIB berjenis kelamin laki-laki dan menangis spontan. Hal ini sesuai dengan Sulistyawati dan Nugraheni (2013), salah satu indikasi dilakukan episiotomi adalah perineum kaku. Lama kala II pada Ny. R adalah 15 menit, sehingga masih dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan Setyawati dan Nugraheni (2013), lama kala II multigravida 30 menit.

Setelah bayi lahir TFU Ny. R setinggi pusat. Hal ini sesuai dengan Suherni, dkk (2009), tinggi fundus uteri setelah bayi lahir adalah setinggi pusat. Kemudian dilakukan penyuntikan oksitosin 10 unit, melakukan PTT, dan masase uterus. Hal ini sesuai dengan Sumarah, dkk (2008), untuk mengurangi perdarahan dilakukan manajemen aktif kala III yaitu pemberian oksitosin 10 unit (maksimal 2 menit), penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri. Plasenta lahir lengkap jam 15.40 WIB. Lama kala III Ny. R adalah 10 menit. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk, (2007), kala III persalinan berlangsung rata-rata antara 5-10 menit.

Setelah plasenta lepas Ny. R mengatakan perut mules. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007), nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri uterus akan hilang jika uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong. Setelah dilakukan pengecekan Ny. R mengalami laserasi pada mukosa vagina dan jaringan otot dibawahnya. Laserasi perineum Ny. R masuk dalam tingkat 2, sehingga dilakukan penjahitan luar dan dalam dengan diberikan anestesi lidokain. Hal ini sesuai dengan Moegni dan Ocviyanti (2013), robekan tingkat

2 mengenai mukosa vagina, jaringan ikat dan otot dibawahnya. Robekan tingkat 2 dijahit dengan benang yang dapat diserap untuk menutup robekan dan diberikan anestesi lignokain. Kemudian dilakukan observasi kontraksi uterus, perdarahan, tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin. Memeriksa temperature ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascasalin. Hal ini sesuai dengan Setyawati dan Nugraheni, (2013).

Berdasarkan hasil pemeriksaan TBJ janin 2945 gram, pemeriksaan dalam dan palpasi leopold presentasi janin Ny. R adalah kepala, tidak ada komplikasi lain, dan umur kehamilan Ny. R 34⁺⁵ minggu, sehingga persalinan dipertimbangkan dan Ny. R dapat melahirkan secara pervaginam di puskesmas. Hal ini sesuai dengan Saifuddin (2010), persalinan dapat dipertimbangkan berlangsung bila TBJ >2.000 gram atau umur kehamilan >34 minggu. Usia kehamilan 34 minggu atau lebih dapat melahirkan di tingkat dasar/primer mengingat prognosis baik. Bila janin presentasi kepala diperbolehkan partus pervaginam. Setelah kehamilan lebih dari 34 minggu, persalinan dibiarkan terjadi karena morbiditas dianggap sama dengan kehamilan aterm.

Dari hasil pemeriksaan kadar Hb Ny. R adalah 9,3 gr/dl dan Ny. R melahirkan di Puskesmas. Hal ini tidak sesuai dengan Pavord, et al, (2011) dalam *UK Guidelines On The Management Of Iron Deficiency In Pregnancy*, apabila kadar Hb ketika persalinan <10 g/dl dipertimbangkan untuk

melahirkan di rumah sakit untuk mengurangi perdarahan ketika melahirkan meskipun penolong bidan dan bila kadar Hb <9,5 g/dl melahirkan dibawah pengawasan dokter obsgin.

Dari data rekam medis Ny.R dikatakan mengalami persalinan prematur, namun dari hasil pemeriksaan fisik dan pengkajian usia gestasi dengan *new ballard score* bayi Ny. R tergolong aterm. Setelah dilakukan pengkajian Ny. R mengatakan lupa HPMT nya dan belum pernah melakukan pemeriksaan USG, sehingga HPMT Ny. R meragukan dan tidak dapat dikatakan mengalami persalinan prematur. Persalinan Ny. R tidak mengalami komplikasi dan dampak anemia dan KEK dalam kehamilan tidak terjadi pada persalinan Ny.R.

D. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir/Neonatus

Pada tanggal 21 Februari 2016 jam 15.30 WIB bayi lahir spontan dengan umur kehamilan 34-35 minggu. Hasil pemeriksaan awal bayi lahir preterm, cairan amnion bersih dari mekonium, bayi bernafas spontan langsung menangis, tonus otot baik, sehingga dilakukan tindakan menghangatkan bayi, memotong tali pusat, mengeringkan dan merangsang taktil, dan dilakukan IMD selama 1 jam. Setelah dilakukan IMD, bayi diberikan vitamin K1, salep mata tetrasiklin 1%, dan diberikan imunisasi hepatitis B setelah 3 jam pemberian vitamin K1. Hal ini sesuai dengan Moegni dan Ocviyanti (2013), jika bayi lahir tidak cukup bulan dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau lemas setelah dilakukan langkah awal dan dinilai bayi bernapas normal dilanjutkan tindakan manajemen bayi baru lahir normal. Bayi

diberikan imunisasi hepatitis B dalam waktu 3 jam, sesuai dengan Ranuh, dkk (2011) imunisasi hepatitis B perlu diberikan sedini mungkin (dalam waktu 12 jam) setelah lahir untuk mencegah penularan dari ibu ke bayinya. Didapatkan apgar score bayi 8/9, sehingga bayi tidak akan kesulitan beradaptasi dengan lingkungan luar. Hal ini sesuai dengan Bobak, dkk (2005) nilai 7-10 mengindikasikan bayi tidak akan mengalami kesulitan untuk menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar rahim

Setelah bayi berumur 3 jam dilakukan penilaian usia gestasi. Berat badan bayi 3300 gram, panjang badan 48 cm, lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 33 cm. Tanda vital bayi meliputi frekuensi jantung 143 x/menit, frekuensi nafas 46 x/menit, dan suhu 36,6 °C. Pemeriksaan fisik didapatkan distribusi rambut bayi merata, kulit berwarna merah muda, lanugo berkurang, testis sudah turun ke skrotum, reflek moro dan grasping ada. Mekonium sudah keluar setelah beberapa saat bayi lahir. Bila dilihat dari hasil pemeriksaan fisik tersebut, bayi tergolong aterm atau cukup bulan. Hal ini sesuai dengan Marmi dan Rahardjo (2012), bayi baru lahir normal cukup bulan mempunyai ciri-ciri berat badan 2500-4000 gram, panjang badan lahir 48-52 cm, lingkaran dada 30 - 38 cm, lingkaran kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-160 x/menit, pernafasan $\pm 40-60$ x/menit, kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, genitalia laki - laki testis sudah turun ke skrotum, reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek *morrow* (gerak memeluk) bila dikagetkan sudah baik, reflek *graps*

(menggenggam) sudah baik, pola eliminasi baik, dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kehijauan.

Apabila dilihat dari umur kehamilan (34-35 minggu) dan berat badan bayi (3300 gram), terlihat bahwa bayi besar untuk masa kehamilannya (BMK). Tetapi bayi tidak dapat digolongkan dalam BMK, karena dari hasil pemeriksaan Ny. R tidak mengalami diabetes melitus dan Ny. R mengalami KEK selama hamil. Hal ini sesuai dengan Bobak, dkk (2005), penyebab umum BMK antara lain ibu hamil dengan diabetes melitus dan nutrisi berlebihan.

Pada saat bayi berusia 3 jam selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan *new ballard score* untuk mengetahui usia gestasi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Limawa, et al, (2008), terbukti bahwa *new ballard score* sangat baik bila digunakan untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir. Dari hasil pemeriksaan didapatkan jumlah skor 38, sehingga usia gestasi tergolong aterm. Hal ini sesuai dengan Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al, (1991), skor 35-40 menunjukkan usia gestasi 38-40 minggu. Waktu pemeriksaan dilakukan 3 jam setelah lahir. Hal ini sesuai dengan Maryunani dan Nurhayati (2008), sistem penilaian/*scoring new ballard* ideal dilakukan pada saat bayi berusia antara 2-8 jam. Apabila penilaian dilakukan lebih awal (usia bayi <2 jam), waktu itu bayi sedang menjalani pemulihan dari stres lahir dan pergerakan otot dapat menunjukkan adanya kelelahan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karunasekera, et al, (2002), pada 200 bayi baru lahir didapatkan keakuratan

skor pada 24 jam pertama setelah lahir. Setelah dilakukan wawancara dengan Ny. R, Ny. R mengatakan bahwa lupa HPMT nya dan merasa lama tidak menstruasi sebelum puasa.

Ny. R mengalami anemia dan KEK dalam kehamilan, tetapi melahirkan bayi dengan berat badan lahir 3300 gram. Hal ini tidak sesuai dengan Manuaba (2010), bahwa ibu hamil anemia mengakibatkan berat badan lahir rendah. Hal ini tidak sesuai dengan Supriasa, dkk (2012), ibu hamil dengan risiko KEK akan melahirkan berat badan bayi rendah. Hal ini juga tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumastuti (2008), bahwa ada hubungan antara status anemia dan KEK dengan BBLR. Namun, penelitian yang dilakukan oleh Ifalahma dan Wulandari (2015) menyebutkan terdapat hubungan antara penambahan berat badan ibu selama hamil dengan berat badan bayi baru lahir, yang artinya semakin besar penambahan berat badan ibu selama hamil maka semakin besar pula kondisi berat badan bayi baru lahir dan sebaliknya semakin kurang penambahan berat badan ibu selama hamil maka semakin kurang kondisi berat badan bayi baru lahir. Selama kehamilan berat badan Ny. R meningkat 13,5 Kg dan sudah sesuai dengan teori, kemungkinan hal tersebut dapat menurunkan faktor risiko Ny. R melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

Pada tanggal 25 Februari 2016 saat bayi berumur 4 hari dilakukan kunjungan neonatus ke-2. Berat badan bayi 3200 gram, berat badan bayi turun 100 gram dan masih dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk

(2007), selama 3-5 hari pertama kehidupan bayi baru lahir yang disusui kehilangan 5-10 persen berat badan lahirnya.

Pada tanggal 29 Februari 2016 dilakukan kunjungan neonatus ke-3. Tanda vital bayi frekuensi jantung 130 x/menit, frekuensi nafas 40x/menit, dan suhu 36,6 °C. Tali pusat sudah puput, bekas tali pusat kering, tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda infeksi. Pada hari ke-8 setelah bayi lahir, berat badan bayi kembali ke berat badan pada saat lahir yaitu 3300 gram. Hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007), berat badan bayi harus kembali seperti pada waktu lahir pada hari kesepuluh.

Bayi Ny. R lahir normal, cukup bulan, dan tidak ada komplikasi. Dampak anemia dan KEK dalam kehamilan Ny. R tidak terjadi pada bayi Ny. R. Pada setiap kunjungan neonatus Ny. R selalu diberikan motivasi untuk memberikan ASI eksklusif, karena riwayat anak pertama Ny. R tidak memberikan ASI eksklusif. Sampai pada asuhan kebidanan berkesinambungan berakhir bayi masih diberikan ASI eksklusif, sehingga diharapkan Ny. R dapat memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan. Sehingga tujuan dari asuhan kebidanan neonatus yaitu bayi diberikan ASI eksklusif dapat tercapai.

E. Asuhan Kebidanan Nifas

Pada setiap kunjungan nifas ibu mengatakan tidak ada keluhan. Tanda vital ibu setiap kunjungan nifas dalam batas normal. Konjungtiva ibu agak pucat berdasarkan hasil pemeriksaan kadar Hb sebelum persalinan Hb ibu 9,3 gr/dl dan pada tanggal 25 Februari 2015 pada saat Ny. R nifas hari keempat Hb ibu 9,2 gr/dl. Sehingga ibu menderita anemia saat nifas. Hal ini sesuai

dengan Varney, dkk (2006), salah satu tanda anemia adalah membran mukosa pucat (misal konjungtiva). Menurut Fraser dan Cooper (2009), ibu nifas anemia bila kadar Hb <11gr/dl. Dilakukan pengecekan kadar Hb pada saat nifas hari keempat sehingga sesuai dengan IBI (2006), waktu terbaik untuk melakukan pemeriksaan kadar Hb ibu nifas adalah 3-5 hari pascasalin karena bila pemeriksaan Hb dilakukan terlalu cepat setelah persalinan dapat memberi gambaran tinggi yang semu dan ibu nifas yang perlu di cek kadar Hb bila ada riwayat kehamilan dengan anemia. Hal ini sesuai dengan Manuaba (2010), anemia dalam kehamilan dapat menyebabkan anemia kala nifas.

Pada saat nifas hari keempat jahitan Ny. R masih basah. Salah satu faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum Ny. R adalah kadar Hb ibu yang rendah pascasalin, bukan karena KEK. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rejeki dan Ernawati (2010), bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lingkar lengan atas dengan penyembuhan perineum, tetapi terdapat hubungan yang signifikan antara nilai kadar Hb ibu pascapersalinan dengan penyembuhan luka perineum. Ny. R diberikan KIE tentang cara perawatan perineum untuk mempercepat penyembuhan luka. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Herawati (2010), terdapat hubungan antara perawatan perineum dengan kesembuhan luka perineum pada ibu nifas. Selain itu, Ny. R diberikan KIE untuk memperbanyak konsumsi protein. Hal ini sesuai dengan Sujiyatini, dkk (2010), gizi nutrisi terutama protein mempengaruhi proses penyembuhan luka pada perineum karena pergantian jaringan membutuhkan protein.

Asuhan kebidanan yang diberikan untuk penanganan anemia pada masa nifas adalah dengan memberikan tablet Fe dan KIE nutrisi untuk memperbanyak lauk protein hewani, tetap mengonsumsi lauk protein hewani, meningkatkan konsumsi sayuran hijau dan buah-buahan yang mengandung vitamin C. Ny. R diberikan saran untuk mengonsumsi telur rebus setiap hari karena Ny. R tidak suka daging. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Supiati dan Yulaikah (2015), bahwa telur rebus efektif untuk mempercepat penyembuhan luka jahitan perineum dan meningkatkan kadar Hb pada ibu nifas. Hal ini sesuai dengan Fraser dan Cooper (2009), jika kadar Hb ibu nifas <11,0 gr/dl diberikan saran mengenai diet yang tepat dan zat besi. Ny. R diberikan tablet Fe hanya untuk selama masa nifas. Hal ini tidak sesuai dengan Pavord, et al (2011) dalam *UK Guidelines On The Management Of Iron Deficiency In Pregnancy*, penanganan anemia pada postpartum adalah dengan pemberian 100-200 mg besi elemental selama tiga bulan untuk perbaikan cadangan besi dalam tubuh dan dilakukan cek darah untuk evaluasi terapi.

Pada saat Nifas hari ke-42 dilakukan pengecekan kadar Hb untuk mengevaluasi asuhan yang diberikan selama masa nifas Ny. R karena pada akhir nifas kadar semua unsur darah kembali normal pada keadaan tidak hamil, hal ini sesuai dengan Varney, dkk (2007). Hasilnya Hb Ny. R mengalami peningkatan dari 9,2 gr/dl menjadi 11,8 gr/dl dan konjungtiva Ny. R merah muda, sehingga Ny. R tidak anemia. Menurut Fraser dan Cooper (2009) ibu nifas tidak anemia jika kadar hemoglobin >11,0 gr/dl.

Dampak anemia dan KEK dalam kehamilan terjadi pada saat nifas, yaitu Ny. R mengalami anemia. Tujuan dari asuhan kebidanan nifas untuk meningkatkan Hb Ny. R tercapai dikarenakan Ny. R telah menerapkan saran yang diberikan seperti rutin mengonsumsi lauk protein hewani (telur) setiap hari, lauk protein nabati, sayuran hijau, buah-buahan dan minum tablet Fe sampai akhir masa nifas.

F. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Ny. R pada saat hamil sudah diberikan konseling tentang alat kontrasepsi yang dapat dipakai oleh ibu menyusui seperti MAL, kondom, mini pil, suntik 3 bulan, dan implan. AKDR tidak dianjurkan karena ibu mempunyai riwayat anemia. Hal ini sesuai dengan Moegni dan Ocviyanti (2013), AKDR dapat menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah sebelum pemasangan. Setelah diberikan KIE dengan alat peraga, Ny. R tetap mantap ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Ny. R tidak ingin menggunakan kondom karena ibu merasa mual bila melihat kondom, tidak ingin menggunakan mini pil dikarenakan dahulu pernah menggunakan pil dan ibu merasa mual sehingga ibu merasa tidak nyaman. Ny. R tidak ingin memakai implan karena takut.

Pada tanggal 20 April 2016 Ny. R ke puskesmas untuk melakukan suntik KB 3 bulan. Ny. R belum mendapatkan menstruasi sejak melahirkan, belum melakukan hubungan seksual setelah melahirkan, sudah tidak dalam masa nifas, tekanan darah normal, dan riwayat anemia defisiensi besi, sehingga dapat langsung dilakukan penyuntikan suntik KB 3 bulan.