

BAB V

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kali ini akan memperjelas kesesuaian teori dan kenyataan yang terjadi pada kasus yang diambil, dan teori-teori yang mendukung hubungan antara teori dan kenyataan, serta pendapat luas penulis sebagai pendamping klien dalam melaksanakan asuhan komprehensif pada Ny. Y G2P1A0 36 minggu 1 hari di Klinik Pratama Istika.

A. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III

1. Data Subjektif

Menurut BKKBN (2014) usia reproduksi yang aman untuk melangsungkan kehamilan disaat usia reproduksinya dalam rentang usia 20-35 tahun. Jika melangsungkan kehamilan disaat usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun maka berdampak pada tingginya resiko kehamilan. Di lahan didapatkan data subjektif ibu mengatakan usianya 29 tahun.

Menurut Kumalasari (2015) wanita yang bisa hamil mengalami kondisi menstruasi yang terlewat. Bagi wanita yang terlambat haid dan diduga hamil, perlu ditanyakan hari pertama haid terakhir (HPHT). Untuk menggunakan rumus Naegele untuk menghitung perkiraan usia kehamilan dan perkiraan tanggal melahirkan (TTP), yaitu TTP: (hari pertama HT + 7), (bulan - 3) dan (tahun + 1). Di lahan didapatkan data subjektif bahwa

ibu mengatakan HPHT nya pada tanggal 30 September 2021 dan taksiran tanggal persalinan berdasarkan hitungan bidan pada tanggal 07 Juli 2021. Serta ibu mengatakan bahwa saat ini sedang hamil 9 bulan. Pada pengkajian pertama ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Pada pengkajian kedua ibu mengatakan susah tidur sejak 3 hari dan sering BAK. Menurut Sinclair (2010) pada akhir kehamilan, bagian pertama janin turun dan kandung kemih berada di bawah tekanan lagi. Sehingga menyebabkan sering kencing, ini merupakan hal yang wajar karena semakin bertambah usia kehamilan kepala janin turun ke dalam rongga panggul dan menekan kandung kemih.

Pada pengkajian ketiga ibu mengatakan perut bagian bawah terasa kenceng tidak teratur. Menurut Prawirohardjo (2010) kontraksi palsu yaitu berupa nyeri perut yang ringan dan tidak teratur serta hilang saat beristirahat. Perut kencang saat hamil merupakan kondisi yang umum terjadi yang dapat disebabkan oleh pergerakan pada janin, perut kembung/ada gas berlebih dalam perut, kontraksi palsu ataupun kontraksi persalinan. Berdasarkan data subjektif yang telah didapatkan antara teori dan di lahan tidak ditemukan kesenjangan.

2. Data Objektif

Menurut Estiasari, dkk (2018), keadaan umum untuk mengetahui kondisi ibu dan tingkat kesadaran pasien, sedang atau baik. Kesadaran untuk menilai apakah tingkat kesadaran ibu adalah composmentis, sannolen dan koma. Composmentis berarti memahami sepenuhnya

keadaan diri sendiri dan lingkungan luar. Sannolen mengacu pada keadaan mengantuk, juga disebut kantuk atau kelesuan. Dalam keadaan ini, tidak sulit untuk bangun. Ketika terbangun oleh suara atau rangsangan yang menyakitkan, pasien dapat sepenuhnya terjaga, tetapi ketika rangsangan tidak ada lagi atau pergi Akan pulih secara tidak sadar sendirian. Koma mengacu pada keadaan tidak sadar di mana pasien tidak dapat dibangunkan bahkan setelah dirangsang dengan kuat. Pada pengkajian I, II, dan III, di lahan didapatkan data objektif kesadaran umum ibu baik, kesadaran composmentis. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktek.

Menurut Kemenkes RI (2014) tekanan darah dalam batas normal adalah 110/70 – 120/80 mmHg, jika melebihi 140/90 mmHg terdapat faktor risiko hipertensi akibat kehamilan yaitu tekanan darah tinggi. Dalam keadaan rileks, denyut nadi ibu sekitar 60-80 kali per menit. Namun, penelitian dari BMC Medicine menunjukkan bahwa selama kehamilan, detak jantung normal dapat meningkat 10 hingga 20 kali per menit. Artinya, denyut nadi normal ibu hamil bisa mencapai 80-90 denyut per menit. Denyut nadi 100 kali per menit atau lebih dalam keadaan rileks adalah pertanda buruk. Frekuensi pernapasan yang menentukan fungsi sistem pernapasan biasanya 16-24x/menit. Suhu tubuh normal adalah 36-37,5⁰C. Perlu hati-hati terhadap adanya infeksi. Pada pengkajian I di lahan didapatkan data objektif TD 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, pernafasan 22x/menit dan suhu 36,3⁰C. Pada pengkajian II di lahan didapatkan data

objektif TD 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, 22x/menit, dan suhu 36,4⁰C. Pada pengkajian III di lahan didapatkan data objektif TD 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, pernafasan 22x/menit, dan suhu 36,3⁰C. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktek.

Dalam standar asuhan 10 T dalam buku KIA (2019), jika tinggi badan ibu < 145 cm maka akan memperbesar risiko CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) sehingga sangat mungkin mengganggu secara teratur. Pada pemeriksaan I, II, dan III di lapangan, informasi yang ditargetkan adalah tinggi badan ibu 150 cm. Mengingat hal ini, tidak ada celah antara hipotesis dan praktik.

Seperti yang diungkapkan oleh Helen Varney dalam buku Tyastuti (2016) wanita sebelum hamil keduanya bertambah 0,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11,5-16 kg. Pada pemeriksaan I, II, dan III di lapangan didapatkan berat badan ibu 62 kg. Berat badan sebelum hamil 50 kg, selama hamil beban bertambah sebanyak 12 kg. Pertambahan berat badan ibu berada di dalam batas-batas tertentu, karena ibu hamil dianjurkan untuk menjaga berat badan mereka agar tetap ideal dan menjaga pola makan dengan nutrisi yang cukup dan teratur. Dalam pandangan ini, tidak ada perbedaan antara hipotesis dan praktek di lapangan.

Dalam asuhan norma 10T dalam buku KIA (2019) Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil digambarkan dengan lingkaran lengan atas di bawah 23,5 cm. Ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Pada evaluasi I,

II, dan III LILA ibu adalah 25 cm. Dalam pandangan ini, tidak ada perbedaan antara hipotesis dan praktek di lapangan.

Menurut Asrinah (2010) dalam buku Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pemeriksaan fisik pada kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), pemeriksaan raba (palpasi), periksa dengar (auskultasi), periksa ketuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan. Pada pengkajian I di lahan didapatkan data objektif pemeriksaan fisik secara umum masih dalam batas normal, tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan inspeksi muka tidak pucat, tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum. Payudara simetris, areola hiperpigmentasi puting susu menonjol, tidak ada masa, kolostrum sudah keluar. Abdomen tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra, tidak ada striae, terlihat gerakan janin. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktek.

Menurut Mufdillah (2017) palpasi adalah pemeriksaan dengan indera peraba atau tangan, dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak janin dalam rahim, pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode Leopold dan pengukuran TFU. Pada Leopold I dilakukan untuk mengetahui bagian fundus uteri kepala atau bokong dan tinggi dasar rahim, hasil temuan berupa presentasi. Manuver ini mengidentifikasi bagian janin yang terdapat di atas pelvik. Umumnya presentasi adalah kepala atau bokong.

Pada Leopold II dilakukan untuk mengetahui letak punggung janin pada letak membujur dan kepala janin di sebelah kanan atau kiri pada letak lintang, hasil temuan berupa posisi janin. Pada Leopold III dilakukan untuk mengetahui bagian apa yang menjadi presentasi, hasil temuan berupa bagian presentasi dan dapat menyimpulkan teraba bagian yang besar, bulat, keras, melenting. Bagian kepala akan teraba keras, rata, dan mudah digerakkan jika tidak terikat atau tertahan, sulit digerakkan jika terikat atau tertahan. Pada Leopold IV dilakukan untuk mengetahui letak ujung kepala, hasil yang didapat dari manuver ini adalah ujung kepala. Dikatakan divergen apabila bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar kepala sudah melewati PAP. Convergen apabila sebagian kecil kepala turun kedalam rongga panggul.

Pada penelitian utama, TFU Leopold I berada 3 jari di bawah px, pada pengujian II dan III di lapangan, didapatkan hasil bahwa informasi target TFU Leopold I cukup besar pada px, berbentuk bulat halus, tidak menyenangkan. Separuh kiri Leopold II cukup panjang, keras seperti papan, dan sisi kanan menyentuh bagian terkecil dari embrio. Leopold III berwujud bulat keras, asyik, tidak bisa digoyang. Leopold IV sudah masuk PAP jari-jari tidak bisa disambung (berbeda). Dalam terang ini, tidak ada lubang antara hipotesis dan praktek.

Menurut Heni & Siti (2016) TFU usia 36-40 minggu pada px atau pertengahan pusat – px. Usia kehamilan 20-36 minggu dapat diperkirakan dengan mengukur tinggi fundus uteri dengan pita pengukur (± 2 cm). Dari

minggu ke 36 sampai persalinan, hasilnya bervariasi sesuai dengan berat janin, karena bagian terbawah janin berkurang. Pada pengkajian I di lahan didapatkan data objektif TFU 27 cm dan TFU Leopold I 3 jari dibawah px. Pada pengkajian II 31 cm dan TFU Leopold I pada px. Pada pengkajian III 31 cm dan TFU Leopold I pada px. Berdasarkan hal tersebut terdapat kesenjangan antara teori dan praktek. Namun, hal tersebut kembali lagi ke lapangan karena TFU ibu hamil tidak selalu sesuai dengan teori akan tetapi tergantung juga dari bentuk, dan ketebalan dinding perut ibu.

TBJ menurut Mufdillah (2017) dihitung dengan cara TFU bila kepala sudah masuk panggul dikurangi 11 dan bila kepala janin belum masuk panggul dikurangi 12 dikali 155. Pada pengkajian I di lahan didapatkan data objektif TBJ nya yaitu 2.480 gram, pada pengkajian II dan III TBJ nya yaitu 3.100 gram. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktek.

Menurut Mufdillah (2017) auskultasi adalah pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usus. Denyut jantung janin normalnya 120-160x/menit. Berdasarkan hal tersebut di lahan didapatkan hasil pengkajian I DJJ 148x/menit, pengkajian II DJJ 146x/menit dan pengkajian III DJJ 148x/menit. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktek.

3. Analisa

Secara teori diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktik kebidanan menurut Varney 2004 yaitu Ny... umur 20-35 tahun G..P..A.. hamil 28-40 minggu, janin tunggal atau kembar, hidup atau mati, intra atau ekstra, letak memanjang atau melintang, punggung kanan atau kiri, presentasi kepala atau bokong, divergen/konvergen dengan kehamilan normal.

Pada pengkajian I didapatkan diagnosa kebidanan Ny. Y umur 29 tahun G2P1A0 hamil 36 minggu 1 hari janin tunggal hidup intrauterin, letak memanjang, puki, preskep, divergen dengan kehamilan normal. Pada pengkajian II didapatkan diagnosa kebidanan Ny. Y usia 29 tahun G2P1A0 hamil 37 minggu 1 hari janin tunggal hidup intrauterin, letak memanjang, puki, preskep, divergen dengan kehamilan normal. Pada pengkajian III didapatkan diagnosa kebidanan Ny. Y usia 29 tahun G2P1A0 hamil 38 minggu 1 hari janin tunggal hidup intrauterin, letak memanjang, puki, preskep, divergen dengan hamil normal. Menurut Walyani (2012) Kehamilan adalah proses yang alamiah, perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktik.

4. Planning

Pada pengkajian I didapatkan bahwa ibu tidak ada keluhan maka penatalaksanaan yang diberikan paada ibu yaitu memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dan janin baik, dengan hasil pemeriksian yaitu TD : 120/70 mmHg, Nadi : 84x/menit, Suhu : 36,3°C,

RR : 22x/menit, DJJ : 148x/menit. Hasil evaluasinya Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin sehat dan baik. Menganjurkan ibu untuk segera melakukan pemeriksaan ANC terpadu ke Puskesmas. Hasil evaluasinya Ibu bersedia ke Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan ANC terpadu. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet penambah darah secara teratur 1x1 pada malam hari. Hasil evaluasinya ibu bersedia untuk mengkonsumsi tablet penambah darah secara rutin. Menganjurkan ibu untuk melakukan gerakan jongkok berdiri supaya kepala bayi lebih masuk ke dalam rongga panggul. Hasil evaluasinya ibu bersedia untuk melakukan gerakan tersebut dan akan mempraktekkannya. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan, seperti keluar darah bercampur lendir dari jalan lahir, nyeri yang menjalar dari perut ke pinggang dan atau keluar ketuban, mules yang sering, lama, dan teratur serta tidak hilang ketika dibuat jalan-jalan atau istirahat. Hasil evaluasinya ibu sudah paham dan mampu menyebutkan kembali tanda-tanda persalinan yang telah dijelaskan. Memberitahu persiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Persiapan persalinan yang perlu disiapkan meliputi: tempat bersalin, penolong persalinan, pendampingi saat persalinan, yang bertanggung jawab, perlengkapan ibu dan bayi, transportasi ketempat bersalin, biaya persalinan, dan pendonor. Hasil evaluasinya ibu sudah paham dan mampu menyebutkan kembali persiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang telah dijelaskan. Menjadwalkan ibu untuk kunjungan ulang satu minggu lagi, yaitu pada tanggal 17 Juni

2021 atau segera datang jika ada tanda-tanda persalinan seperti yang telah dijelaskan. Hasil evaluasinya ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.

Seperti yang ditunjukkan oleh Marmi (2014) pelaksanaan yang diberikan kepada ibu pada trimester ketiga mencakup pengungkapan kepada ibu tentang dasar-dasar persalinan dengan rencana kerja yang akan mengurangi kekacauan dan selama persalinan serta meningkatkan kemungkinan ibu akan mendapatkan pertimbangan dan waktu yang tepat. ini kepada ibu tentang indikasi pekerjaan harus siap untuk merencanakan pekerjaan dan potensi krisis. Beritahu ibu untuk kontrol ulang sesuai rencana atau bila ada keluhan. Saring keadaan induk dan tukik, dan identifikasi kerumitan awal. Mengingat hal ini tidak banyak antara hipotesis dan praktek.

Pada pengkajian II di lahan didapatkan ketidaknyamanan ibu hamil yaitu susah tidur dan sering buang air kecil pada malam hari. Pada penatalaksanaan pengkajian II yaitu memberi KIE tentang ketidaknyamanan yang dirasakan ibu yaitu sering kencing pada malam hari yang disebabkan oleh turunnya kepala ke dalam rongga panggul sehingga menekan kandung kemih. Hasil evaluasinya ibu mengetahui dan paham alasan ketidaknyamanan yang dialaminya. Mengajukan ibu untuk mengurangi minum pada malam hari terutama yang mengandung bahan diuretic alamiah seperti kopi, teh atau pun softdrink untuk mengurangi ketidaknyamanan ibu. Hasil evaluasinya ibu mengerti dan bersedia untuk

mengurangi minum pada malam hari. Berdasarkan teori penatalaksanaan yang sudah dilakukan pada ketidaknyamanan sering buang air kecil (BAK) ibu sudah dilakukan sesuai dengan teori Sinclair (2010) pada akhir kehamilan, bagian pertama janin turun dan kandung kemih berada di bawah tekanan lagi. Sehingga menyebabkan sering kencing, ini merupakan hal yang wajar karena semakin bertambah usia kehamilan kepala janin turun ke dalam rongga panggul dan menekan kandung kemih. Cara mengatasi situasi seperti ini dengan mengurangi minum pada malam hari terutama yang mengandung bahan diuretic alamiah seperti kopi, teh atau pun *softdrink*. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada pengkajian III di lahan didapatkan ketidaknyamanan ibu hamil yaitu perut bagian bawah terasa kencang tidak teratur. Penatalaksanaan yang sudah dilakukan pada ketidaknyamanan perut bagian bawah kenceng-kenceng tidak teratur ibu yaitu Menjelaskan tentang keluhan yang dialami ibu bahwa kenceng-kenceng yang dialaminya adalah hal fisiologis yang dialami pada ibu hamil trimester 3 yaitu umur kehamilan lebih dari 36 minggu yang disebut HIS palsu. Mengajarkan ibu untuk melakukan rileksasi untuk mengatasi kencang-kencang yang dirasakan ibu. Memberikan support kepada ibu untuk bersabar dalam menunggu kelahiran bayinya. Hasilnya ibu mengerti dan akan bersabar menunggu kelahiran bayinya. Hal tersebut sudah dilakukan sesuai dengan teori Prawirohardjo (2010) kontraksi palsu yaitu berupa

nyeri perut yang ringan dan tidak teratur serta hilang saat beristirahat. Perut kencang saat hamil merupakan kondisi yang umum terjadi yang dapat disebabkan oleh pergerakan pada janin, perut kembung/ada gas berlebih dalam perut, kontraksi palsu ataupun kontraksi persalinan.

B. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Normal

1. Data Subjektif

Selama penilaian, selama saya di lapangan, saya mendapat data subjektif yang mengatakan bahwa perutnya terasa kencang dan agak terkuras. Mochtar (2012) mengatakan bahwa tanda dan indikasi kerja bergabung dengan pengalaman yang dibawa oleh kehadiran HIS yang datang menjadi lebih timbul, lebih terbiasa, dan terjadwal. Lebih banyak kemalangan darah karena lebih sedikit robekan di leher rahim Pada pengkajian kala I di lahan didapatkan data subjektif ibu mengatakan perutnya terasa kencang-kencang dan sudah mengeluarkan lender darah sedikit.

Pada pengkajian kala II di lahan didapatkan data subjektif ibu mengatakan perutnya bertambah mules dan sakit serta seperti ingin Buang Air Besar (BAB). Menurut Suwanti (2016) data subjektif yang didapatkan dari ibu tanda-tanda persalinan kala II yaitu adanya dorongan untuk mengejan yang sudah tidak dapat ditahan lagi. Rasa ingin meneran dan BAB. Pada pengkajian kala III ibu mengatakan perutnya mules. Menurut Suwanti (2016) data subjektif yang didapatkan dari ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang dialaminya setelah bayi lahir. Ibu bersalin kala III

akan merasakan perutnya mulas karena adanya kontraksi uterus untuk melepaskan plasenta.

Pada kala IV di lahan didapatkan data subjektif ibu mengatakan perutnya masih terasa mules. Menurut Suwanti data subjektif yang didapatkan pada persalinan kala IV normal relatif ibu tidak ada keluhan, kecuali perut terasa mules, hal ini berkaitan dengan proses involusio.

Berdasarkan hal tersebut diatas pada data subjektif kala I, II, III, dan IV tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

2. Data Obyektif

Pada tahap kala I, hal itu ditandai dengan keluarnya cairan tubuh yang bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mengeluarkan darah. Darah berasal dari retakan pembuluh darah di sekitar saluran serviks karena gunting, saat serviks terbuka dan mendatar. Menurut Sumkin dalam Fritasari (2013) serviks terbuka karena menyebabkan penarikan. Tanda ini dapat dirasakan oleh pasien, cenderung dikenali dengan pemeriksaan dalam (vaginal toucher), petugas akan memimpin pemeriksaan untuk menentukan perkembangan, penipisan, dan pembukaan serviks. Seperti yang dikemukakan oleh Rose dalam Fritasari (2013), sebagai suatu peraturan, tanda yang mendasari bahwa ibu hamil akan melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal sebagai kontraksi. Kontraksi itu teratur, berirama, dan involunter, penyempitan berarti membuka mulut lahir untuk tumbuh dan memperluas aliran darah di plasenta. Seperti yang ditunjukkan oleh Damayanti, dkk (2014) fase

aktif adalah kontraksi uterus akan meningkat berdasarkan kontraksi dan lamanya kontraksi yang akan meningkat terus menerus beberapa kali dalam 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, uterus mengeraskan kompresi, serviks membuka Dari dilatasi 4 cm sampai dilatasi akhir atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan 1 cm/jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm sampai 2 cm pada multipara.

Di lahan didapatkan data objektif pada Ny. Y kontraksi 4x dalam 10 menit selama 40 detik, DJJ: 148 x/menit, genitalia tidak odema, tidak ada varises, keluar lendir bercampur darah. VT pembukaan 4 cm, Efficement 50 %, ketuban: masih utuh (+). Berdasarkan data tersebut pemeriksaan pada Ny. Y masih dalam batas normal, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

Menurut Maulana dalam Fritasari (2013) proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Di lapangan didapatkan ketuban pecah dengan sendirinya setelah itu dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan pembukaan sudah lengkap. Pada Kala II menurut Kumalasari, Intan (2015) pembukaan serviks dimulai ketika sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka. Pada waktu

his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mengejan yang dipimpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½- 1 jam. Pada kala II dilapangan didapatkan setelah ketuban pecah dilakukan pemeriksaan dalam adanya tekanan dari anus, vulva dan vagina membuka, perineum menonjol. Nampak lender darah bertambah banyak, dan ketuban pecah spontan warna kekuningan jernih, bau khas.

Pada karya tahap ketiga seperti yang ditunjukkan oleh Damayanti (2014) dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh interaksi biasanya membutuhkan waktu 5-30 menit setelah bayi lahir. Indikasi lepasnya plasenta, lebih tepatnya uterus longgar, uterus terdorong ke atas, karena terlepas dari plasenta ke bagian bawah uterus, tali pusat memanjang, terjadi perdarahan, plasenta keluar dengan dorongan ringan (pengeluaran plasenta seperti menekan jeruk dan dilakukan untuk mengeluarkan plasenta yang belum terlepas) pada fundus uteri. Pada kala III dilapangan didapatkan nampak tali pusat didepan vulva bertambah panjang, pengeluaran darah. Plasenta telah lahir spontan lengkap TFU 2 jari di dibawah pusat, kontraksi uterus baik, jumlah perdarahan kala III ±100 ml. Hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

Tahap IV dimulai setelah pengeluaran plasenta dan berakhir 2 jam setelah siklus. Menurut Damayanti, dkk (2014) persepsi yang dibuat pada

kala keempat, khususnya kontraksi uterus harus baik, tidak ada perdarahan dari jalan lahir, plasenta dan selaput ketuban harus lahir lengkap, kandung kemih harus kosong, luka di perineum harus dirawat dan diobati dan tidak ada hematoma/klaster darah, perhatikan keadaan ibu secara keseluruhan. Kala IV, plasenta langsung ditemukan, rahim terasa bulat dan keras, TFU 2 jari di bawah tengah, penarikan keras, kandung kemih kosong, tidak ada laserasi, hanya lecet sedikit perdarahan ± 100 cc.

Mengingat informasi ini, tidak ada kontras antara hipotesis dan praktik.

3. Analisa Data

Kala IV dimulai setelah pengeluaran plasenta dan berakhir 2 jam setelah siklus. Menurut Damayanti, dkk (2014) persepsi yang dibuat pada kala keempat, khususnya kontraksi uterus harus baik, tidak ada perdarahan dari jalan lahir, plasenta dan selaput ketuban harus lahir lengkap, kandung kemih harus kosong, luka di perineum harus dirawat dan diobati dan tidak ada hematoma/klaster darah, perhatikan keadaan ibu secara keseluruhan. Kala IV, plasenta langsung ditemukan, rahim terasa bulat dan keras, TFU 2 jari di bawah tengah, penarikan keras, kandung kemih berkemih, luka minimal semu, drainase ± 100 cc.

Mengingat informasi ini, tidak ada kontras antara hipotesis dan praktikongan, motivasi, sentuhan, dan kata-kata pujian yang membuat nyaman. Secara khusus banyak teknik yang dapat dilakukan untuk

mengurangi rasa sakit, diantaranya dengan teknik farmakologis yaitu dengan menggunakan obat – obatan, maupun dengan teknik non farmakologis, seperti kehadiran seseorang pendamping persalinan, mengubah posisi yang nyaman, sentuhan dan masase, kompres hangat – dingin, akupuntur, aromaterapi, relaksasi dan teknik pernafasan, mengelus/masase punggung ibu ataupun dengan music. Selain itu, dilahan melakukan rapid test antigen terlebih dahulu dikarenakan sedang pandemic maka ibu diwajibkan rapid test terlebih dahulu untuk hasilnya negative. Jadi ibu bisa melakukan persalinan di Klinik Pratama Istika.

Pada pengawasan 10 persalinan pemeriksaan DJJ, kontraksi, nadi dan respirasi setiap 30 menit, TD, VT, setiap 4 jam, suhu dan urin setiap 2 jam. Dari hasil terdapat kesenjangan antara teori dan dilapangan dimana harusnya VT dan TD dilakukan setiap 4 jam namun pada 4 jam kedua tidak dilakukan. Karena sebelum 4 jam kedua pasien sudah memasuki perslinan pembukaan lengkap.

Pada Kala II menurut Prawirohardjo (2014) membimbing ibu untuk mendorong ketika ingin mendorong, menopang dan mendorong perjuangannya untuk mendorong, membantu ibu dengan mengambil situasi yang menyenangkan sesuai keputusannya (jangan meminta ibu untuk masalah di punggungnya), ibu untuk beristirahat antara penarikan, keluarga untuk membantu dan memberdayakan pada ibu, asupan cairan oral berhubungan dengan mulut dan BMI. Melihat kenyataan saat ini, pekerjaan tahap kedua, Ny. Tidak ada keterikatan selama interaksi

pengangkutan, pasien mendapat arahan untuk mendorong, mendesak ibu untuk mendorong, membantu mengambil lingkungan yang menyenangkan seperti yang ditunjukkan oleh keputusannya, khususnya posisi setengah duduk, membantu ibu dengan berbaring dan tidak terlibat penarikan, melakukan bantuan alat angkut dan IMD.

Pada pemakaian alat pelindung diri (APD) dalam kasus tidak digunakan topi, kacamata, dan sepatu boot dikarenakan alat tersebut tidak tersedia untuk sepatu boot menggunakan sandal bertutup depan. APD seharusnya digunakan lengkap yaitu topi, kaca mata, masker, apron, hand scone steril, dan sepatu boot karena jika tidak lengkap dapat mengalami resiko tertular berbagai penyakit dari cairan tubuh pasien.

Melihat kenyataan saat ini, pekerjaan kala III ketiga, Bu Y berlangsung selama 10 menit, tidak ada kebingungan. Pasien mendapat perawatan infus oksitosin, PTT, dan gosok punggung. Menurut penulis, ini adalah fisiologis pada kala III karena tidak ada masalah atau kerumitan. Sesuai Rohani (2011), tahap ketiga dimulai setelah anak dibawa ke dunia sampai plasenta dikandung, yang terus berjalan hampir 30 menit dengan asuhan manajemen aktif kala III. Mengingat hal-hal di atas, tidak ada kontras antara realitas, sentimen dan hipotesis. Dengan pemberian infus oksitosin, PTT, dan *masasse*.

Melihat kenyataan saat ini, pada kala IV, Ny. Y Selama 2 jam awal pukul 15.30 WIB, perdarahan \pm 100 cc, kandung kemih kosong. Pasien mendapat perawatan untuk penilaian TTV, *masasse* dan personal hygiene.

Menurut penulis, ini adalah fisiologis dan TTV di titik batas biasa tidak melebihi batas paling ekstrem yang dipertimbangkan pasien. Hal ini sesuai dengan hipotesis Rohani (2011), kala IV dimulai sejak plasenta dilahirkan hingga 2 jam pertama pasca kehamilan. Persepsi yang harus dilakukan pada tahap keempat adalah: tingkat kesadaran pelanggan, periksa tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan, kontraksi rahim, TFU, jumlah perdarahan, perdarahan dianggap biasa jika jumlahnya tidak melebihi 400- 500cc. Mengingat hal tersebut di atas, tidak ada aksesibilitas antara realitas, penilaian dan spekulasi. Dengan mengatur persepsi TTV, massase dan kebersihan individu.

C. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

1. Data Subjektif

Melihat kenyataan saat ini, selama rentang waktu pasca kehamilan mulai dari 6 jam pasca kehamilan hingga 15 hari pasca kehamilan, kondisi Ny. Y dalam keadaan baik, tidak mengeluh apapun, masa nifas berjalan lancar. Pada 6 jam pasca kehamilan, ibu mengeluhkan gangguan pencernaan. Menurut penciptanya, maag adalah kondisi fisiologis karena cara mengembalikan organ konsepsi ke bentuk aslinya, sehingga rahim berkontraksi dan menyebabkan refluks asam (mules). Pada 6 jam pasca kehamilan, para ibu dapat beraktivitas dengan leluasa, karena pada 2 jam pasca kehamilan para ibu dianjurkan untuk melakukan persiapan sejak dini. Keadaan ibu yang baik pada masa pasca kehamilan dipengaruhi oleh gizi, ibu mengkonsumsi sumber makanan bergizi seperti nasi, lauk pauk,

sayuran, dan minuman \pm 8 gelas air putih setiap hari. Pemulihan kondisi ibu juga dipengaruhi oleh aktivitas ibu sehari-hari seperti membersihkan rumah, menyapu, merawat anak. Menurut Rukiyah, dkk (2011), masa nifas adalah masa setelah pengeluaran plasenta sampai organ konsepsi pulih kembali seperti sebelum hamil dan jangka waktu pasca kehamilan biasanya berlangsung sekitar satu setengah bulan atau 40 hari. Melihat keluhan di atas, Ny. Y masih normal.

Di lahan didapatkan hasil data subjektif ibu mengatakan sudah BAK sejak 2 jam pertama post partum, BAB mulai pada hari ke 2 setelah melahirkan dengan konsistensi BAB agak padat warna kuning kecoklatan dan BAK sudah lancar. Menurut Saleha (2013), klien harus BAK dalam waktu 6 jam post partum, bila 8 jam post partum belum BAK, dirangsang dengan air mengalir, kompres hangat dan lain-lain. Bila tidak bisa dilakukan kateterisasi. BAB, supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Normalnya ibu sudah BAB sampai 6 hari post partum. Berdasarkan hal di atas proses eliminasi Ny. Y masih dalam keadaan normal.

Pada 6 jam post partum di lahan di dapatkan hasil data subjektif ibu mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit-sedikit, pada 6 hari post partum ASI matur sudah keluar pada hari ke 8-11 tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal. Menurut penulis hal ini fisiologis pada payudara terjadi proses laktasi. Pada keadaan fisiologis, tidak terdapat

benjolan, pembesaran kelenjar atau abses. Menurut Pusdiknakes (2016) ASI kolostrum pada hari pertama sampai dengan hari ke – 3 post partum, ASI peralihan pada hari ke 3-8, ASI matur pada hari ke 8-11. Keluarnya ASI dengan lancar dapat dipengaruhi oleh refleks hisap bayi/ refleks let down, semakin kuat hisapan bayi, semakin lancar ASI yang keluar. Berdasarkan hal diatas, proses laktasi Ny. Y berjalan normal. Pada 2 minggu postpartum di lahan di dapatkan ibu mengatakan keadaanya sehat dan ibu mengatakan ingin mengetahui tentang KB implant.

Di lapangan, akibat informasi emosional yang didapat oleh ibu mengatakan bahwa BAK pada 2 jam pertama pasca kehamilan, kotoran dimulai pada hari kedua setelah mengandung anak dengan konsistensi cairan kental yang agak kental. berwarna kuning dan kotorannya halus. Sesuai Saleha (2013), pasien harus buang air kecil dalam 6 jam pasca kehamilan, jika 8 jam pasca kehamilan belum buang air kecil, disegarkan dengan air mengalir, kompres hangat dan lain-lain. Dalam kasus tidak masuk akal untuk mengharapkan melakukan kateterisasi. Pasalnya, begitu cairan padat pulih seperti biasa, bisa diatasi dengan diet tinggi serat, penambahan cairan masuk, dan ambulasi dini. Secara teratur ibu buang air besar sampai 6 hari pasca kehamilan. Mengingat hal tersebut di atas, proses eliminasi Ny. Y masih dalam kondisi normal.

Pada 6 jam pasca hamil di lapangan, hasil data subjektif yaitu informasi dari ibu mengatakan bahwa ASInya sudah keluar sedikit, pada 6 hari pasca hamil ASI yang berkembang sudah keluar pada hari ke 8-11,

tidak ada bendungan, tidak ada massa yang tidak biasa. Seperti yang ditunjukkan oleh penulis, ini adalah siklus fisiologis yang terjadi selama menyusui. Dalam kondisi fisiologis, tidak ada benjolan, pembesaran kelenjar atau abses. Menurut Pusdiknakes (2016), ASI kolostrum pada hari pertama sampai hari ketiga pasca kehamilan, ASI pada hari ke 3-8, ASI berkembang pada hari ke 8-11. Keluarnya ASI yang lancar dapat dipengaruhi oleh refleks hisap anak, semakin kuat hisapan anak maka ASI yang keluar semakin lancar. Berdasarkan hal tersebut di atas, interaksi laktasi Ny. Y berjalan normal.

Sekitar empat belas hari pasca kehamilan di lapangan, ibu mengatakan ingin mengetahui tentang KB implant.

2. Data objektif

Data objektif yang didapatkan di lahan pada 6 jam postpartum adalah TFU teraba 2 jari di bawah pusat, teraba keras, kontraksi uterus baik dan kuat, tidak ada nyeri tekan, lochia rubra. Pada 14 hari nifas, TFU tidak teraba di atas simfisis, kontraksi uterus baik, lochia serosa. Menurut Pusdiknakes (2016) TFU sesuai masa involusi bayi lahir setinggi pusat, setelah plasenta lahir 2 jari di bawah pusat, 1 minggu postpartum pertengahan pusat symphysis, 2 minggu postpartum di atas tidak dapat diraba diatas symphysis, 6 minggu bertambah lebih kecil (normal), 8 minggu kembali normal seperti sebelum hamil (untouchable). Menurut Pusdiknakes (2016), lochia rubra berwarna merah berlangsung selama 1-3 hari postpartum, lochia sanguinolenta berwarna coklat kemerahan

penuh darah dan lendir, yang terjadi pada hari ke 4 – 7 postpartum, dan lochia serosa berwarna kuning kecoklatan dan tidak berdarah lagi ini berlangsung pada 8 – 14 hari pascapersalinan., lochea alba merupakan cairan putih yang terjadi pada hari setelah 2 minggu post partum. Berdasarkan hal tersebut diatas ukuran TFU dan pengeluaran lochea pada Ny. Y dalam batas normal, nifas berjalan dengan fisiologis.

3. Penatalaksanaan

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas pada Ny. Y untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukan masalah, seperti observasi keputihan, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, pemberian KIE tentang tanda bahaya nifas, pemberian ASI eksklusif, nutrisi, perawatan payudara, KIE penggunaan tali pusat, dan kontrol ulang. Menurut penulis, pelaksanaan asuhan yang tepat pada ibu nifas dapat mencegah terjadinya bahaya nifas seperti demam, perdarahan, lochia, bendungan ASI, dll. Selain itu juga berdampak positif bagi ibu dan bayi seperti mengajari ibu cara menyusui yang benar, melaksanakan perawatan bayi sehari-hari, memberikan penyuluhan KB agar ibu merasa stabil dan nyaman sebelum menggunakan alat kontrasepsi. Menurut Rukiyah (2010), seperti mengamati pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, KB, dan kontrol ulang. Berdasarkan hal tersebut diatas maka penatalaksanaan nifas Ny Y sudah sesuai dengan keluhan. Selain itu mengajarkan ibu melakukan senam nifas sehingga ibu memahami

gerakan-gerakan senam nifas. Namun, hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan karena pada senam nifas seharusnya diberikan mulai pada 24 jam postpartum. Sesuai dengan teori Ambarwati (2010) bahwa senam nifas adalah suatu latihan yang dilakukan 24 jam setelah melahirkan dengan gerakan yang telah disesuaikan dengan kondisi ibu setelah melahirkan.

Pada kunjungan 2 minggu post partum, di lahan didapatkan ibu ingin mengetahui tentang KB implant serta memastikan KB apa yang ingin digunakan ibu hasil ibu ingin menggunakan KB jangka panjang yaitu implant. Memberi konseling tentang KB implant. Di lahan didapatkan dari hasil konseling ibu sudah memenuhi kb implant dimulai dari usia. Usia untuk menggunakan alat kontrasepsi implant menurut Saifuddin (2010) Usia terbaik untuk menggunakan kontrasepsi implan adalah usia subur, yaitu 20-35 tahun. Berdasarkan indikasi atau orang yang boleh menggunakan kb implant ibu sudah memenuhi sesuai dengan teori BKKBN (2014) diantaranya adalah usia subur, memiliki anak atau tidak memiliki anak, menginginkan kontrasepsi yang sangat efektif dan menginginkan kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, tidak lagi menginginkan anak setelah aborsi spontan, tetapi menolak sterilisasi, riwayat kehamilan ektopik, memiliki tekanan darah tinggi $<180/110$ mmHg dengan masalah pembuluh darah atau anemia sel sabit, tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi hormonal yang

mengandung hormon estrogen bagi yang sering lupa minum pil secara teratur.

Di lahan didapatkan ibu berusia 29 tahun, sudah memiliki anak 2, menginginkan alat kontrasepsi jangka panjang, pasca bersalin menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, tekanan darah normal, hanya saja dalam waktu pemasangan ibu belum memenuhi karena untuk pemasangan kb implant harus nunggu dulu sampai waktu masa nifas selesai yaitu setelah 6 minggu. Hal ini sesuai teori yang disampaikan oleh Saifudin (2010) jika klien menyusui dari 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, pemasangan dapat dilakukan kapan saja, jika klien benar-benar menyusui dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan. Jika menstruasi kembali 6 minggu setelah melahirkan, pemasangan dapat dilakukan kapan saja.

D. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

1. Data Subyektif

Pada usia 1 jam dilahan didapatkan hasil data subjektif ibu mengatakan bayinya sudah BAB warna hitam (Mekonium) dan belum BAK. Pada usia 17 jam belum BAB lagi, BAK sudah 3x. Pada usia 6 hari BAB 3 – 4x/hari, BAK 8 – 10 x/hari. Pada usia 14 hari BAB 3 – 4x/hari, BAK 8 – 10x/hari. Menurut para peneliti, ini menunjukkan keadaan fisiologis. Mekonium adalah buang air besar pertama bayi, yang baik karena menunjukkan bahwa sistem pencernaan bayi baru lahir melakukan tugasnya membuang kotoran dari tubuh bayi. Biasanya feses jenis ini akan dikeluarkan setelah bayi lahir, kira-kira dalam 24 jam pertama setelah

lahir. Menurut Rukiyah (2010), proses buang air besar dan kecil terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir. Kotoran bayi baru lahir berwarna hijau tua kehitaman, dan mekonium lengket dan kental. Beberapa hari setelah bayi lahir (3-5 hari setelah lahir), tinja bayi akan menguning. Singkatnya, proses eliminasi pada bayi Ny. Y beroperasi normal.

Di lapangan, hasil data subjektif yang diperoleh adalah ibu mengatakan bahwa bayinya sudah menyusui ketika dia mengalami IMD setelah lahir. Menurut penulis, saat bayi lahir, ASI langsung diberikan untuk memenuhi asupan nutrisi bayi dan membuatnya kenyang. Pemberian ASI eksklusif sedini mungkin sangat penting bagi tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah infeksi, dan bisa menjadi alat kontrasepsi alamiah (amenore laktasi). Menurut Sondkh (2013), anjuran ibu memberikan ASI dini (dalam 30 menit-1jam setelah lahir) dan eksklusif. Prosedur pemberian ASI dijadwal siang malam (minimal 8 kali dalam 24 jam) setiap bayi menginginkan. Berdasarkan hal diatas nutrisi yang diberikan Ny. Y sudah cukup.

2. Data Obyektif

Pada jam 1 tahun di lapangan, efek samping dari informasi bayi Ny. Y pada saat Y memberikan asuhan kebidanan, khususnya nadi 136x/menit, pernafasan 44x/menit, dan tingkat panas dalam 36,50C. Karena 17 jam, nadi menjadi 136 kali/menit dan pernapasan 40/menit. Pada usia 6 hari, nadinya 136 kali/menit, pernapasannya 40 kali/menit, dan tingkat panas internalnya 36,5 °C. Pada 14 hari, denyut nadinya 136

kali/menit, pernapasannya 40 kali/menit, dan tingkat panas internalnya 36,40 °C. Sesuai Kementerian Kesehatan (2013), tingkat panas dalam tubuh anak mencapai dari 36,50C hingga 37,50C. Bayi menarik napas secara teratur 30-60 kali setiap saat. Denyut nadi anak biasa adalah antara 100-160 denyut/menit, namun jika melebihi 160 denyut/menit untuk jangka waktu yang singkat, beberapa kali dalam sehari, selama beberapa hari pertama kehidupan terutama bila bayi mengalami distress. Berdasarkan hal tersebut diatas anda-tanda vital bayi. Ny. Y masih berada di dalam batas normal.

Dari perkiraan antropometri, Ny. Y memiliki berat lahir 3.100 gram, panjang 49 cm, lingkaran dada 36 cm, dan lingkaran kepala 34 cm. Ini secara fisiologis sesuai hipotesis Wahyuni (2011) bahwa estimasi antropometri mencakup setidaknya BB (2500-4000 gram), PB (48-52cm), LK (33-35cm), dan LD (30-38cm). Panjang bayi Ny. Y adalah 49 cm dari ketinggian keseluruhan. Penilaian bayi Ny. Y yang sebenarnya masih dalam batas-batas biasa/ normal. Tali pusat dan anus ada, tungkai normal dan tidak ada ruam pada alat kelamin dan lipatan, karena ibu sering mengganti popok.

Menurut Marmi (2012), prosedur pemeriksaan atau pengkajian fisik pada bayi baru lahir meliputi penerangan cukup dan hangat untuk bayi, memeriksa secara sistematis head to toe (kepala, muka, klavikula, lengan, tangan, dada, abdomen, tungkai kaki, spinal, dan genetalia), mengidentifikasi warna dan mekonium bayi.

Menurut Walyani (2015) warna kulit bayi harus berwarna merah muda yang bersih, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat. Berdasarkan hal diatas pemeriksaan fisik pada bayi Ny. Y masih dalam batas normal.

3. Analisa Data

Secara teori diagnose yang muncul menurut Vivian (2010) Bayi Ny. Y usia ...jam/hari. Pada usia 1 jam didapatkan hasil Bayi Ny. Y usia 1 jam fisiologis. Pada usia 17 jam didapatkan hasil Bayi Ny. Y usia 17 jam. Pada usia 6 hari didapatkan hasil Bayi Ny. Y usia 6 hari. Pada usia 14 hari didapatkan hasil Bayi Ny. Y usia 14 hari. Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta, opini dan teori, karena hal tersebut sesuai dengan teori diagnosa asuhan kebidanan BBL dan neonatus. Berdasarkan hal tersebut, tidak ada perbedaan antara kenyataan, sentimen dan spekulasi, karena sesuai dengan hipotesis penentuan BBL dan asuhan pertolongan persalinan.

3. Penatalaksanaan

Di bawah pengawasan bayi, penulis melakukan penatalaksanaan pada bayi Ny. Y sebagaimana seharusnya untuk BBL biasa karena tidak ada masalah yang ditemukan selama kunjungan. Pertimbangan yang diberikan adalah KIE, misalnya KIE tentang pemberian kehangatan tubuh bayi, imunisasi, menyusui ASI eksklusif, perawatan bayi sehari-hari, dan sebagainya. KIE langkah demi langkah agar para ibu lebih efektif memahami penjelasan yang diberikan, dan control ulang. Seperti yang

ditunjukkan oleh penulis, ini adalah penatalaksanaan fisiologis. Seperti yang ditunjukkan oleh Marmi (2012), pemberian BBL mencakup KIE, metode, pemberian ASI eksklusif, dan perawatan bayi sehari-hari. KIE dilakukan secara bertahap agar ibu lebih mudah memahami penjelasan, imunisasi dan kontrol yang diberikan. Mengingat hal tersebut di atas, pemberian bayi Ny. Y dapat dilakukan sesuai dengan bayi baru lahir normal.

Pada saat pemberian imunisasi HB-0 dilahan didapatkan bayi diberikan imunisasi HB-0 pada usia 17 jam. Sedangkan berdasarkan langkah asuhan diberikan 1-2 jam setelah pemberian vit K. Hal tersebut tidak di dapatkan kesenjangan antara teori dan di lahan. Namun, vaksinasi HB-0 menurut Kementerian Kesehatan RI seharusnya diberikan pada bayi berumur 0-7 hari (Kemenkes RI, 2010). Ini berarti bahwa hal itu dapat diberikan sampai usia 7 hari.

Dalam melakukan asuhan bayi, penulis melakukan penatalaksanaan asuhan pada bayi Ny. Y sebagaimana untuk bayi normal, karena tidak ditemukan masalah selama pertemuan. Pertimbangan yang diberikan adalah KIE, seperti KIE untuk memberikan indikasi bahaya neonatus, imunisasi, pemberian ASI secara selektif, perawatan bayi setiap hari, dan sebagainya KIE secara perlahan, agar ibu lebih memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi dan kontrol ulang. Seperti yang ditunjukkan oleh Rukiyah (2013), pengurus bayi melalui KIE, indikasi bahaya neonatal, imunisasi, ASI eksklusif, dan perawatan bayi setiap hari.

KIE dilakukan secara bertahap agar ibu lebih mudah memahami penjelasan, kontrol dan kontrol yang diberikan. Mengingat hal tersebut di atas, penatalaksanaan asuhan pada bayi Ny. Y memenuhi pertimbangan neonatal.