

BAB V

PEMBAHASAN

Pembahasan merupakan bagian inti dalam sebuah laporan kasus yang akan membahas tentang kendala selama melakukan asuhan. Pada bab pembahasan ini akan diuraikan tentang asuhan kebidanan yang telah dilakukan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*). Pembahasan dilakukan untuk menemukan kesenjangan antara teori dan praktik yang dilakukan kepada Ny F dari masa kehamilan sampai dengan masa interval di PMB Anik Basuki, sehingga apabila ditemukan kesenjangan maka dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang tepat, efektif, dan efisien serta diharapkan dengan adanya kesenjangan dalam melakukan asuhan dapat meningkatkan kembali pengetahuan dan perbaikan kembali dalam melakukan asuhan kebidanan.

5.1 Asuhan Kehamilan

Antenatal care (ANC) atau asuhan kehamilan merupakan asuhan pada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang meliputi pemeriksaan fisik dan mental untuk mendapatkan ibu dan bayi sehat selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas serta pemilihan alat kontrasepsi (Astuti dkk, 2017). Dalam melakukan asuhan kebidanan, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan sesuai standar 10T yaitu timbang, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur tinggi fundus, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, penentuan status imunisasi tetanus toksoid, pemberian tablet tambah darah, tes laboratorium, konseling atau penjelasan dan tata laksana. Skor Poedji Rochjati dibagi menjadi 3

kategori yaitu keamilan risiko rendah (KRR), Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST), pada ibu hamil skor normal adalah 2.

Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan, mengukur LILA dilakukan pada saat kontak pertama kali, pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali kunjungan, mengukur TFU dilakukan setiap kali kunjungan, menghitung DJJ dilakukan pada akhir TM 1 sampai kunjungan berakhir, menentukan presentasi Janina dilakukan pada akhir TM 2 dan selanjutnya setiap kunjungan, penentuan status TT dilakukan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, memberikan 90 tablet Fe selama masa kehamilan dan diberikan bidan sejak kontak pertama, pemeriksaan lab dilakukan pada tm 1 dan tm 3, dan tata laksana (Astuti dkk, 2017).

Pada kasus Ny “F” kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 20 Februari 2022 di PMB Anik Basuki dengan usia kehamilan ibu 34 – 35 minggu ibu mengeluh kenceng-kenceng serta didapatkan data dari buku KIA dan pemeriksaan berat badan ibu sebelum hamil 52 kg saat ini 60 kg, TB 154cm, tekanan darah 120/71 mmHg, S 36,5° C, N 88x/mnt, R 20x/mnt, LILA 25cm, SPR 2 kehamilan ibu merupakan kehamilan risiko rendah, denyut jantung janin 145x/mnt, status imunisasi ibu lengkap yaitu T5, pemeriksaan lab dilakukan pada tanggal 11 September 2021 dengan hasil Hb normal 13,7 gr/dL, HIV (-), sifilis (-), HbsAg (-). ibu berencana melahirkan di PMB Anik Basuki. pada pemeriksaan fisik ditemukan

pemeriksaan Leopold I didapatkan TFU 28 cm bagian fundus teraba lunak, kurang bundar, dan tidak melenting (kesan bokong), Leopold II teraba bagian keras memanjang di kanan perut ibu (punggung kanan), Leopold III bagian terendah fundus teraba keras, bulat dan melenting (kesan kepala) serta presentasi mudah digerakkan, pada Leopold IV bagian terendah janin belum masuk PAP (Konvergen).

Menurut Indriyani (2011) pada trimester 3 dinding uterus mulai menipis dan lebih lembut, korpus berkembang menjadi segmen bawah rahim. Pada kehamilan TM 3 terjadi penurunan janin ke bagian bawah rahim hal ini disebabkan melunaknya jaringan-jaringan dasar panggul bersamaan dengan gerakan yang baik dari otot rahim dan kedudukan bagian bawah rahim. Estrogen menyebabkan peregangan miometrium sehingga pada saat itu dapat terjadi kontraksi *Braxton Hicks* yang sifatnya tidak beraturan, datang sewaktu waktu dan tidak mempunyai irama tertentu.

Menurut penulis yang dialami ibu termasuk hal normal karena terjadinya peningkatan hormone estrogen yang menyebabkan peregangan miometrium sehingga dapat menyebabkan rasa nyeri atau kencengkenceng yang dirasakan ibu. Cara mengatasinya yaitu dengan senam hamil serta memberikan ibu pengetahuan mengenai perbedaan kontraksi palsu dan kontraksi asli. Ny "F" memiliki puting susu yang datar, untuk mengatasi keluhan tersebut penulis menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan puting susu tenggelam yang dilakukan pada kunjungan kedua menggunakan leaflet.

Ny "F" mengatakan ini merupakan kehamilan pertama dengan suami kedua. Saat dengan suami pertama ibu memiliki 1 anak perempuan dengan berat lahir 4.100 gr, sekarang usia anak pertama yaitu 4 tahun. Menurut Anggraini (2013) makrosomia dapat dipengaruhi oleh faktor lain seperti genetic, ras, dan etnis, orangtua berbadan besar atau peningkatan berat badan selama hamil yang sangat signifikan usia kehamilan, multiparitas dan riwayat melahirkan bayi makrosomia. Didapatkan pula hasil pemeriksaan bahwa IMT ibu normal yaitu 21,6 kg/m² serta penambahan berat badan ibu sebelum hamil sampai sekarang adalah 8 kg. Menurut Buku KIA (2020) peningkatan berat badan selama hamil dengan IMT normal (10,5-24,9) adalah 11,5 – 16 kg sedangkan Ny "F" hanya naik sebanyak 8 kg. Sesuai dengan teori di atas bahwa Ny "F" berpotensi untuk melahirkan bayi besar atau makrosomia, tetapi dapat dilihat dari kenaikan berat badan ibu hanya sebanyak 8 kg dan tidak sesuai dengan teori bahwa penambahan berat badan ibu hamil dengan IMT normal adalah 11,5-16 kg hal ini didukung dengan adanya tafsiran berat janin pada usia kehamilan 34-35 minggu TBJnya hanya 2.325 gram. Menurut penulis hal ini dapat terjadi dikarenakan pola makan ibu sebelum dan saat hamil terjadi penurunan pola makan dan adanya keluhan mual yang dialami ibu pada saat trimester pertama.

Selama kunjungan kedua, ketiga, dan keempat tidak ditemukan masalah dalam asuhan kepada Ny "F" keluhan yang dirasakan masih sama yaitu kenceng-kenceng tetapi keluhan itu dapat diatasi dengan jalan-jalan

atau senam hamil yang dilakukan pada malam hari. Pada kunjungan ketiga bagian presentasi janin sudah masuk PAP hal ini diduga pengaruh asuhan yaitu jongkok dan tidur miring kiri serta didukung dengan factor lain yaitu kehamilan ini merupakan kehamilan multipara dimana ini merupakan kehamilan ibu yang kedua hal ini didukung dengan adanya teori dari Fuadah (2018) yang mengatakan pada umumnya, bagi ibu yang belum pernah melahirkan (primigravida), kepala janin akan masuk ke PAP pada bulan ke-9, yakni pada minggu ke-39 atau lebih. Namun, pada ibu yang sudah pernah melahirkan sebelumnya (multigravida), kepala janin bisa masuk ke PAP lebih awal, yakni saat kehamilan menginjak bulan ke-8.

Selama kehamilannya, Ny "F" telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 7 kali yaitu 2 kali pada TM 1, 3 kali pada TM 2 dan 2 kali pada TM 3. hal ini sesuai dengan syarat kunjungan kehamilan oleh Kemenkes (2022) yang menganjurkan dilakukan minimal 6 kali yaitu 2 kali pada TM 1, 1 kali pada TM 2, dan 3 kali pada TM 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3. Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan telah memberikan pelayanan sesuai standar yaitu 10 T. Berdasarkan hasil pemeriksaan diatas penulis menyimpulkan terdapat kesenjangan antara teori dan praktik mengenai ANC yang dilakukan ibu. Ibu melakukan ANC sebanyak 7 kali namun ibu tidak melakukan pemeriksaan ke dokter melainkan hanya ke bidan saja.

5.2 Asuhan Persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2016) menyatakan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala. Persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu pada kala I pembukaan serviks 0 – 10cm, lama kala I pada multi para adalah 1 jam setiap 1cm pembukkaan serviks. Kala II disebut kala pengeluaran janin, lama kala II pada primipara adalah 1,5 jam – 2 jam pada multipara adalah 0,5 – 1 jam. Kala III disebut dengan kala pengeluaran uri (plasenta), lama kala III adalah 5 – 30 menit. Kala IV disebut tahap pengawasan, pada tahap ini dilakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan dilakukan sampai 2 jam *postpartum*.

Melalui proses persalinan kala I sampai dengan IV tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan praktik sesuai dengan hasil pemantauan melalui partograf. Berdasarkan teori yang dikemukakan *World Health Organization (WHO)* menyatakan bahwa pendokumentasian yang akurat dalam proses persalinan khususnya guna mendeteksi terjadinya komplikasi pada persalinan. Proses persalinan tidak hanya bergantung pada partograf, melainkan keadaan psikologis ibu yang dapat berperan besar selama proses persalinan berlangsung.

Ibu datang ke bidan pada tanggal 17 maret 2022 pukul 12.50 WIB ibu mengatakan sudah merasa sering kenceng-kenceng semenjak pukul 11.00 WIB serta keluar lendir bercampur darah tetapi belum keluar cairan dari jalan lahir. Setelah dilakukan pemeriksaan dalam (VT) didapatkan hasil

terdapat pengeluaran lendir bercampur darah pada vulva vagina, ketuban utuh, pembukaan 9cm, effacement 85%, Hodge III+, Molase 0, bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK pukul 13.00 WIB, tidak teraba bagian kecil dan berdenyut disekitar bagian terdahulu. DJJ 138 x/mnt, his 4 x10'.40". Kala I dari pembukaan 9 sampai 10 pada persalinan Ny "F" berlangsung sekitar 30 menit.

Pada kala I pada kasus ini setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan pada Ny "F" maka ditegakkan diagnose yaitu GII P1001 Ab000 UK 38 – 39 minggu, T/H/I, punggung kanan, presentasi belakang kepala, akal I fase aktif keadaan ibu dan janin baik. Menurut Walyani dan Purwoastuti (2016) tanda gejala persalinan adalah nyeri perut yang hebat menjalar perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah, keluar cairan ketuban dan nyeri yang teratur. Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulai dari pembukaan 0-3 cm sedangkan fase aktif dari pembukaan 4-10cm (Sondakh, 2013).

Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik yaitu Ny "F" memasuki inpartu kala I fase aktif ditandai dengan pembukaan 9 cm.

Kala II berlangsung 10 menit dan diawali sejak ketuban pecah spontan dan pembukaan lengkap (10 cm), terdapat dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam pukul 13.20 WIB dengan indikasi ketuban pecah spontan dan hasilnya terdapat lendir/darah pada vulva vagina, ketuban

pecah spontan, pembukaan 10cm, effacement 100%, Hodge III-IV, molase 0, bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK pukul 12.00 WIB, tidak teraba bagian kecil atau berdenyut di sekitar bagian terdahulu. Setelah dipimpin meneran kurang lebih 10 menit, bayi lahir pada pukul 13.30 WIB. Menurut JNP-KR (2017), pada primigravida kala II berlangsung maksimal 120 menit dan pada multipara maksimal 60 menit. Kala II berlangsung normal tanpa adanya kendala, dikarenakan ibu memiliki energi yang cukup untuk meneran dan mematuhi saran bidan mengenai cara meneran yang benar serta adanya dukungan psikologis dari keluarga yang mendampingi.

Pada kala II kasus ini setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan pada Ny "F" maka ditegaskan diagnose yaitu G_{II} P₁₀₀₁ A₀₀₀ UK 38 – 39 minggu, T/H/I, Letak Kepala, Punggung Kanan, Inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik. Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik yaitu Ny "F" memasuki inpartu kala II ditandai dengan tanda tanda kala II yaitu dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka serta pecahnya ketuabn secara spontan dan pembukaan 10 cm.

Kala III berlangsung kurang lebih 5 menit sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta pukul 13.35 WIB dengan adanya perubahan TFU setinggi pusat, adanya semburan darah, tali pusat yang bertambah Panjang. Setelah plasenta lahir dilakukan evaluasi adanya robekan perineum dan didapatkan hasil adanya robekan perineum derajat 2 setelah itu dilakukan penjahitan laserasi derajat 2. Menurut teori persalinan, kala III dimulai sejak lahirnya

bayi sampai lahirnya plasenta yang tidak lebih dari 30 menit (Sondakh, 2013). Berdasarkan hal di atas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik dengan penatalaksanaan yang telah dilakukan. Bidan melakukan manajemen aktif kala III sesuai standar sehingga kala III berjalan normal.

Kala IV berlangsung selama 2 jam pertama yaitu 15 menit pada 1 jam pertama dan 1 jam pada 1 jam kedua. Pemantauan kala IV bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan *postpartum*. Pada kasus Ny “F” kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih kosong, perdarahan kurang 100cc, TFU 2 jari dibawah pusat, terdapat laserasi derajat 2. Pemeriksaan yang dilakukan selama 2 jam meliputi pemantauan tanda tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, keadaan kandung kemih, dan perdarahan ang dianggap normal jika jumlahnya tidak melebihi 500cc serta mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus. Menurut Fitriana (2018), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam *postpartum*. Hasil pengkajian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa hal tersebut dalam batas normal serta klien telah mendapat asuhan yang sesuai. Berdasarkan hal di atas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada asuhan bayi baru lahir dilakukan secara spontan, bayi Ny “F” lahir menangis kuat, warna kulit kemerahan, gerak aktif, jenis kelamin perempuan. Setelah lahir bayi diletakkan diatas kain untuk menjaga suhu bayi tetap hangat. Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk

mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus (Walyani dan Purwoastuti, 2016). Setelah 1 jam dilakukan IMD yang bertujuan untuk memenuhi asupan nutrisi bayi. Pemberian ASI eksklusif bertujuan untuk memenuhi asupan nutrisi bayi. Beberapa peneliti membuktikan bahwa IMD membawa banyak keuntungan untuk ibu dan bayi yang meliputi mendekatkan hubungan batin ibu dan bayi karena pada IMD terjadi komunikasi batin secara sangat pribadi dan sensitif, suhu bayi stabil karena hipotermi telah dikoreksi panas tubuh ibunya, reflex oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal, memcepat produksi ASI karena sudah mendapat rangsangan isapan dari bayi lebih awal (Walyani dan Purwoastuti, 2016). Setelah IMD bayi akan dilakukan injeksi vit K untuk mencegah perdarahan pada bayi, diberikan tetes mata untuk mencegah infeksi pada mata serta dilakukan pemeriksaan fisik setelah 1 jam pemberian vit K diberikan imunisasi Hb 0 untuk mencegah penyakit hepatitis B.

5.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Masa nifas terjadi setelah persalinan sampai 42 hari, dilakukan 4 kali kunjungan yaitu 6-8 jam postpartum, 6 hari postpartum, 2 minggu postpartum, dan 6 minggu postpartum. Selama dilakukan asuhan ibu melalui masa nifas yang normal dan tidak mengalami tanda bahaya masa nifas ataupun tanda infeksi dalam masa nifas. Terdapat keluhan pada kunjungan pertama yaitu pada 6 jam postpartum ibu mengeluhkan perutnya masih mules. Setelah persalinan akan terjadi proses involusi yaitu proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan yang ditandai dengan

kontraksi. Rasa sakit yang disebut *after pains* (meriang atau mules mules) disebabkan oleh kontraksi Rahim yang biasanya berlangsung 3-4 hari pasca persalinan (Cunningham, Gant, Leveno, Gilstrap III, Hauth dan Wenstrom, 2005).

Berdasarkan teori di atas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik rasa mules yang dikeluhkan oleh ibu adalah hal yang normal dikarenakan kontraksi yang terjadi untuk mengemablikan Rahim ibu ke bentuk semula seperti sebelum hamil.

Selama masa nifas Ny "F" tidak mengeluhkan permasalahan lain. Berdasarkan hasil pemeriksaan data objektif ibu dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat pada saat 6 jam postpartum, TFU pertengahan pusat dan simpisis pada hari ke 5 postpartum, TFU tidak teraba saat hari ke 14 postpartum. Hal ini sesuai dengan teori Rukiyah dan Yulianti (2011) yang menyatakan pada bayi lahir TFU setinggi pusat, plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat, 1 minggu TFU pertengahan pusat simpisis, 2 minggu TFU tidak teraba diatas simpisis, 6 minggu TFU bertambah kecil, 8 minggu sebesar normal. Maha dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik mengenai perubahan uterus ibu yang berjalan sesuai masa involusi.

Berdasarkan hasil pemeriksaan data objektif lochea yang dikeluarkan ibu normal yaitu lochea rubra (pengeuaran berwarna merah kehitaman) pada saat 6 jam postpartum, lochea sanguinolenta (pengeluaran merah kekuningan) pada hari ke 5 postpartum dan lochea serosa (pengeluaran berwarna kecoklatan) pada hari ke 14 postpartum. Hal ini

sesuai dengan teori Rukiyah dan Yulianti (2011) yang menyatakan bahwa adanya pengeluaran setelah persalinan yang disebut lochea. Maam macam lochea ada lochea rubra yaitu pengeluaran berwarna merah mengandung darah dan sisa selaput ketuban, jaringan decidua, verniks caseosa, lango dan meconium terjadi pada 1-2 pasca persalinan. lochea sanguinolenta yaitu pengeluaran berwarna kuning dan berisi lendir yang keluar pada 3-7 hari pasca persalinan. Lochea serosa yaitu pengeluaran brwarna coklat yang terjadi pada 7-14 hari pasca pesrsalinan. Lochea alba yaitu pengeluaran berwarna putih kekuningan yang terjadi 2-6 minggu pasca persalinan. Maka dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik mengenai pengeluaran lochea sesuai masa involusi.

Selama masa nifas ASI ibu sangat lancar dan mematuhi saran bidan untuk menyusui bayinya 2 jam sekali atau sewaktu waktu bayi ingin menyusu. Asuhan yang diberikan penulis meliputi perawatan bayi baru lahir, pijat oksitosin untuk memperlancar ASI, perawatan payudara mendelep dengan menggunakan spuit, gizi seimbang, senam nifas, Teknik menyusui yang benar, dan tanda bahaya masa nifas.

5.4 Asuhan Kebidanan Neonatus

Menurut Kemenkes (2020) pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau kunjungan neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan covid-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga, waktu kunjungan yaitu KN 1 (6 jam sampai 48 jam setelah lahir), KN 2 (pada 3

hari sampai 7 hari setelah lahir), KN 3 (pada 8 hari sampai 28 hari setelah lahir).

Pada kasus ini kunjungan pertama dilakukan pada saat 6 jam setelah melahirkan yaitu pada tanggal 17 Maret 2022 pukul 18.30 WIB dengan hasil pemeriksaan fisik normal bayi telah BAK tetapi belum BAB. Sesuai dengan teori Sondakh (2013) pengeluaran defekasi dan miksi harus terjadi dalam 24 jam pertama setelah lahir dengan konsistensi agak lembek, berwarna hitam kehijauan, pada urin warna normalnya adalah kuning. Hal ini dapat belum bisa dikatakan terjadi kesenjangan antara teori dan praktik mengenai BAB bayi karena teori mengatakan harus terjadi dalam 24 jam sedangkan pada saat pengkajian masih dalam 6 jam postpartum sehingga dilakukan observasi lanjutan melalui via wa dan menanyakan kepada ibu apakah bayi sudah BAB atau belum selama 24 jam.

Bayi Ny "F" sudah menyusui setelah 1 jam persalinan. Ibu memberikan ASI kepada bayi setiap 2 jam hal ini sangat penting dikarenakan nutrisi yang didapat bayi hanya dari ASI. Menurut Dewi dan Sunarsih (2011) ASI yang diberikan ibu memiliki banyak manfaat bukan hanya kepada bayi tetapi pada ibu dan keluarga meliputi nutrient (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi, ASI mengandung zat protektif, mempunyai efek psikologis yang menguntungkan bagi ibu dan bayi, menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan bayi menjadi baik, mengurangi kejadian karies dentis, mengurangi kejadian maloklusi. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik karena nutrisi

yang diberikan Ny “F” hanya ASI saja, dan pemberian dilakkan setiap 2 jam sekali atau sewaktu waktu bayi rewel.

Pada kunjungan neonatus pertama yaitu pada 6 jam pasca persalinan berat badan lahir bayi 3.300 gram dan pada kunjungan kedua yaitu pada hari ke 5 setelah melahirkan setelah ditimbang terjadi penurunan menjadi 3.100 gram. Menurut Rukiyah dan Yulianti (2011) menyatakan bahwa bayi usia 3-7 hari biasanya mengalami penurunan berat badan, penurunan berat badan dianggap normal bila tidak lebih dari 10% dari berat lahir. Maka dalam hal ini dapat disimpulkan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada setiap kali kunjungan dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital pada bayi dan didapatkan hasil tanda tanda vital bayi Ny “F” dalam batas normal. Tanda tanda vital bayi harus dilakukan untuk mengetahui keadaan bayi. Menurut Walyani (2020), suhu normal bayi berkisar antara $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$, napas normal berkisar antara 40 – 60 x/mnt. Maka sesuai dengan pernyataan diatas disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktik.

5.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan keluarga berencana dilakukan dirumah pasien pada tanggal 10 april 2022 pukul 10.00 WIB. Sebelum pemilihan kontrasepsi sudah dijelaskan mengenai macam-macam kontrasepsi pada kunjungan nifas yang terakhir. Berdasarkan hasil pengkajian ibu tidak memiliki keluhan dan sudah mantap menentukan pilihannya untuk ber KB yaitu menggunakan KB suntik 3 bulan dengan persetujuan suami.

Berdasarkan hal tersebut KB suntik 3 bulan dapat dilakukan setelah 6 minggu pasca persalinan dan dilakukan di fasilitas kesehatan, ibu dianjurkan untuk suntik setelah 6 minggu yaitu pada tanggal 23 April 2022. Sebagai salah satu akseptor KB suntik 3 bulan pasien harus mengetahui mengenai kelebihan dan kekurangan KB suntik serta dianjurkan untuk ibu memakai kontrasepsi lain seperti kondom untuk mencegah terjadi PMS. Sesuai dengan teori cara kerja suntik KB 3 bulan yakni secara primer mencegah ovulasi. Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir (Susilowati, 2022)