

BAB V

PEMBAHASAN

A. Data Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 11 april 2021 pukul 06.00 WIB Ny.A datang dengan mengeluhkan mulas-mulas yang semakin kuat, sering, lama dan jika ibu berjalan mulas bertambah kuat, terdapat pengeluaran lendir darah sejak pukul 04.00 WIB dan belum keluar air-air. Menurut teori Varney (2008), memasuki persalinan akibat terjadinya penurunan kepala janin maka akan menekan serviks sehingga terjadinya kontraksi uterus yang semakin kuat. Dengan kontraksi uterus yang semakin kuat sehingga mendorong kepala janin untuk turun, kemudian penurunan kepala ini berpengaruh langsung terhadap pendataran, penipisan, dan pembukaan serviks. Sehingga terjadinya pengeluaran lendir disertai darah akibat serviks yang membuka.(11) Berdasarkan data subjektif tersebut Ny. A sudah memasuki persalinan ditandai dengan terjadinya his persalinan yang sifatnya teratur, interval makin pendek,dan kekuatan makin besar, serta pengeluaran lendir darah.

Pada pukul 07.20 WIB Ibu merasakan mulas yang semakin lama semakin sering dan kuat seperti ingin BAB, ibu ingin mengedan, keluar lendir darah semakin banyak, dan sudah keluar air-air merembes lewat jalan lahir. Menurut Ari Sulistyawati (2012) memasuki kala II, kepala janin sudah masuk dalam rongga panggul, maka pada akan dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin meneran. Pasien merasakan adanya tekanan pada rectum dan merasa seperti ingin BAB.(8)

Ibu masih merasakan ada mulas setelah bayi lahir. Setelah bayi lahir ibu akan merasakan mulas yang berasal dari otot myometrium yang berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus sehingga plasenta akan lepas dari dindingnya.(6)

Setelah kelahiran bayi dan lahirnya plasenta ibu masih merasakan mulas. Setelah plasenta lahir kontraksi rahim tetap kuat untuk menghentikan pengeluaran darah pascapersalinan. Kontraksi ini juga disebabkan oleh pemberian oksitosin sesaat setelah bayi lahir.(8)

B. Data Objektif

Pada kala I, his 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik. Kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali dalam 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.(6) Menurut lamanya his pada Ny. A termasuk kurang kuat karena durasinya kurang dari 40 detik.

Pada pemeriksaan genitalia, terdapat pengeluaran lendir darah, pembukaan 6 cm, ketuban utuh (positif). Kepala di hodge III, molase 0, ubun-ubun kecil depan. Menurut Ari Sulistyawati (2012) saat memasuki fase persalinan kontraksi yang dirasakan ibu akan bertambah kuat, hal disebabkan oleh tekanan dari penurunan kepala janin pada *fleksus frankenhouser* sehingga merangsang kontraksi uterus.(8) Kontraksi rahim ini menyebabkan pendataran, penipisan, dan pembukaan serviks. Pembukaan serviks menyebabkan terjadinya pengeluaran plak lendir yang menjadi pelindung dan menutup jalan lahir selama hamil, disertai sedikit perdarahan dari beberapa kapiler darah yang terputus. Sehingga ibu akan mengeluarkan lendir bercampur darah yang disebut *blood show* saat memasuki fase persalinan.(11) Berdasarkan data tersebut Ny. A sudah memasuki kala I persalinan ditandai dengan adanya pembukaan serviks dan keluarnya *blood show*.

Pada kasus Ny.A kala 1 fase aktif berlangsung selama 1 jam 20 menit. Menurut Ari Sulistyawati (2012) lamanya pembukaan kala 1 pada primigravida 1 cm perjam dan pembukaan pada multigravida 2 cm perjam.(8)

Pada kala II his 4 kali dalam 10 menit lamanya 45 detik intensitas kuat. Memasuki kala II his datang 4-5 kali dalam 10 menit, lama his 40-50 detik.(16) berdasarkan pemeriksaan his pada Ny. A tergolong kuat karena lebih dari 40 detik.

Ketuban pecah spontan pada pukul 07.20 WIB, warna jernih tidak berbau. Lalu terdapat dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, vulva membuka, perineum menonjol, terdapat pengeluaran lendir darah. Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil yaitu pembukaan lengkap (10 cm). Menurut Ari Sulistyawati (2012) his sudah cukup kuat karena pada kala II serviks udah menipis dan dilatasi maksimal, saat dilakukan pemeriksaan dalam, porsio tidak teraba dengan pembukaan 10 cm. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya *fleksus frankenhouser* akan menyebabkan

pasien ingin meneran, serta diikuti dengan perineum yang menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva saat ada his.(8)

Pukul 07.30 WIB, bayi lahir spontan, langsung menangis, tonus otot bergerak aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki. Pada kala II ini berlangsung selama 10 menit. Menurut Friedmann, lamanya persalinan kala II rata-rata pada primigravida 1 jam dan multigravida 15 menit. Apabila kala II berlangsung lebih dari 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara dianggap sudah abnormal.(5) Persalinan kala II pada Ny. A berlangsung selama 1 jam kurang dan tidak ada penyulit.

Setelah bayi lahir dilakukan pemeriksaan dengan hasil TFU sepusat, uterus globuler dan teraba keras, kandung kemih penuh. Genetalia : terdapat semburan darah berwarna merah dan tali pusat memanjang di depan vulva. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus berbentuk bulat penuh atau globuler karena uterus berkontraksi, tali pusat memanjang karena plasenta telah turun, dan terdapat semburan darah dari belakang plasenta apabila kumpulan darah (retroplacenta pooling) melebihi daya tampungnya maka darah akan keluar dari sisi plasenta yang terlepas sehingga mendorong plasenta keluar.(5) Pada kala III terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta tersebut seperti uterus globuler, terdapat semburan darah, dan tali pusat memanjang. Pukul 07.38 WIB plasenta lahir spontan dan lengkap.

Dari hasil pemeriksaan kala IV yaitu TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba keras, kontaksi baik, kandung kemih kosong. Pengeluaran darah ± 30 cc, terdapat laserasi mengenai mukosa vagina, kulit perineum hingga otot perineum. Pada kala IV yang harus diperhatikan yaitu memantau kontraksi uterus dan memeriksa perdarahan, karena kala IV adalah fase kritis bagi ibu dan rentan terjadi perdarahan. Kemudian memeriksa laserasi jalan lahir, terdapat laserasi derajat dua yaitu mengenai mukosa vagina, kulit perineum hingga otot perineum.(6)

C. Analisa

Pada pukul 06.00 WIB analisa inpartu kala 1 fase aktif. Dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan 6 cm yang termasuk dalam fase aktif. Menurut teori fase aktif adalah pembukaan 4 cm - 10 cm.(5)

Pada pukul 07.29 WIB analisa inpartu kala II. Dari pemeriksaan dalam dengan hasil persio tidak teraba dan pembukaan 10 cm yang termasuk dalam kala II persalinan. Menurut teori kala II adalah jika pembukaan telah lengkap (10 cm) dan persio tidak teraba, pembukaan lengkap 10 cm didasarkan pada diameter suboksipito-bergmatika sekitar 9,5 cm yang merupakan diameter paling lebar ketika kepala janin pada posisi fleksi.(11) Pada pembukaan lengkap tidak teraba lagi bibir portio, segmen bawah rahim, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.(17)

Berdasarkan data subjektif dan objektif proses persalinan berjalan dengan normal, menunjukkan bahwa ibu menjalani proses persalinan yang fisiologis. Sehingga analisa yang didapat adalah Ny. A usia 31 tahun dengan kala I,II,III,IV fisiologis.

D. Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif serta ditegaskan analisa, maka disusunlah penatalaksanaan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan.

Pada kala I, his kurang kuat sehingga ibu dianjurkan untuk tidur miring kiri. Posisi berbaring miring kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplay oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kelelahan dan dapat mencegah terjadinya laserasi/ robekan jalan lahir. Posisi miring bermanfaat positif terhadap percepatan lama fase aktif dan menambah kontraksi persalinan pada ibu bersalin.(18)

Pada pukul 07.20 mengajari ibu teknik meneran yang baik dan benar. Yaitu dengan meneran saat ada kontraksi, tidak menahan nafas saat kontraksi, tidak mengangkat bokong saat meneran karena akan menyebabkan robekan perineum yang lebih besar, dan berhenti meneran saat tidak ada kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi.(6) Kemudian ibu dipimpin mengedan selama ada his, anjurkan ibu untuk mengambil nafas. Karena mengedan tanpa diselingi nafas dapat menyebabkan

denyut jantung tidak normal dan nilai apgar rendah.(19) Saat kepala bayi membuka vulva 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum. Karena melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebih pada vagina dan perineum.(6) kemudian setelah bayi lahir melakukan penilaian selintas, bayi lahir spontan, langsung menangis, tonus otot bergerak aktif, warna kulit kemerahan. Penilaian selintas dilakukan untuk menilai kesejahteraan bayi secara umum. Aspek yang dinilai adalah warna kulit dan tangisan bayi, jika warna kulit kemerahan dan bayi dapat menangis spontan maka ini sudah cukup untuk data awal bahwa bayi dalam kondisi baik.(8)

Setelah memastikan tidak ada janin kedua, kemudian melakukan manajemen aktif kala III berupa menyuntikan oksitosin, penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan masase fundus uterus. Tujuan dari manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah.(6)

Menyuntikan oksitosin 10 IU di sepertiga atas paha luar secara IM. Oksitosin dapat merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif, sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.(5) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan melakukan dorongan dorso kranial. Dorongan dorso kranial yang dilakukan bersamaan dengan PTT bertujuan untuk mencegah terjadinya inversion uteri.(5) Setelah plasenta lahir, melakukan masase fundus uteri selama 15 detik dengan hasil uterus teraba keras. Masase fundus uteri dilakukan dengan gerakan melingkar searah di fundus uterus selama 15 detik yang dilakukan hingga uterus teraba keras untuk membuat uterus berkontraksi sehingga mencegah perdarahan yang berlebih.(5) Dengan terus berkontraksi, rahim menutup pembuluh darah yang terbuka pada daerah plasenta. Penutupan ini mencegah perdarahan yang hebat dan mempercepat proses involusi uterus.(20)

Setelah mengecek kelengkapan plasenta, penataaksanaan yang dilakukan yaitu memeriksa laserasi jalan lahir, terdapat laserasi mengenai mukosa vagina, kulit

perineum hingga otot perineum kemudian melakukan penjahitan luka robekan dengan anastesi lidocain 1%. Selanjutnya melakukan pemantauan kala IV yaitu TTV (tekanan darah, suhu, dan nadi) TFU, kontraksi, pengeluaran urin dan darah. Hal ini penting dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi pascapersalinan. Karena dua jam pertama pascapersalinan adalah kondisi yang rentan terjadinya perdarahan.(8) pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.