

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil studi kasus, penulis akan membahas asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. M yang dilaksanakan tanggal 1 Maret 2022 yaitu pada masa persalinan.

#### **I. Kala I**

##### **A. Subjektif**

Pada pengkajian 1 Maret 2022 pukul 00.00 WIB ibu mengatakan mules sejak 28 Februari 2022 pukul 09.00 WIB dan muncul semakin sering. Ibu mengatakan belum keluar air-air, tetapi sudah keluar lendir bercampur darah sejak 1 Maret 2022 pukul 20.00 WIB. Menurut teori, tanda-tanda persalinan yaitu: timbulnya his persalinan, penipisan dan pembukaan serviks, *bloody show*, dan *premature rupture of membrane* (6). Mulas dan keluarnya lendir darah yang dialami oleh Ny. M merupakan tanda-tanda persalinan.

Ibu mengatakan tidak mengingat tanggal HPHT dan pada hasil USG tanggal 5 Juni 2021 didapatkan usia janin 11 minggu dengan TP 27 Februari 2022. Ibu mengatakan selama kehamilan ini, telah dilakukan empat kali pemeriksaan ibu hamil, yaitu satu kali pada trimester 1 dengan dr. SPOG, 1 kali pada trimester 2 oleh bidan, pada trimester 3 dengan dr. SPOG sebanyak 1 kali dan dengan bidan sebanyak 1 kali. Menurut Kemenkes RI, Standar Pelayanan Minimal Antenatal ibu hamil memerlukan minimal 6 kali kunjungandengan rincian: pemeriksaan ke bidan/dokter umum 1 kali di trimester I, 1 kali di trimester II, dan 2 kali di trimester III ditambah dengan pemeriksaan dr. SPOG 1 kali di trimester I dan 1 kali di trimester III (4). Dalam hal ini Ny. M belum melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar kunjungan. Ny. M melahirkan anak ke-1 pada 2017 dan memiliki jarak dengan kehamilan saat ini adalah 5 tahun. Menurut teori, hal ini bukan merupakan kehamilan dengan risiko tinggi.

## B. Objektif

Pada 1 Maret 2022 pukul 00.00 WIB diperoleh pemeriksaan umum pada Ny. M yaitu: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional cemas, tekanan darah 139/99 mmHg, respirasi 23x/menit, suhu 36,7°C, dan nadi 98x/menit. Terdapat peningkatan pada tekanan darah yaitu 139/99 mmHg. Keadaan tersebut normal dikarenakan fisiologis pada proses persalinan terdapat kenaikan tekanan darah sistolik sebanyak 10 mmHg dan diastolik 5-19 mmHg (6). Namun perlu diperhatikan pada keadaan emosional, klien memiliki rasa cemas yang dapat juga berarti kenaikan tekanan darah disebabkan oleh kecemasan (6).

Pada pemeriksaan fisik ditemukan bahwa ibu memiliki TFU 31 cm. Menurut rumus Johnson ditemukan bahwa taksiran berat janin (TBJ): 3.100 gr (14). Pengukuran TFU bertujuan untuk mengetahui apakah bayi mengalami makrosomia, polihidramnion, ataupun kehamilan ganda (5). Pada kasus Ny. M ditemukan his sebanyak 3 kali dalam sepuluh menit selama 40 detik intensitas kuat. Menurut teori, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat, kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih (6). Menurut teori, gangguan kondisi kesejahteraan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit (5). DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit dapat dikategorikan sebagai gawat janin (5). Namun pada kasus Ny. M diketahui bahwa DJJ: 130x/menit regular punctum maksimum 3 jari di atas symphysis sebelah kanan, dapat disimpulkan bahwa kesejahteraan janin dalam keadaan normal. Pada Leopold I diketahui TFU setinggi 3 jari di bawah px dan teraba bulat lunak. Menurut teori, pada Leopold I bertujuan untuk mengukur TFU dan indikasi posisi janin. Perkiraan tinggi fundus uteri pada usia kehamilan 40 minggu adalah 2-3 jari di bawah prosesus xifoideus (7), pada kasus Ny. M dapat disimpulkan bahwa TFU sesuai dengan usia kehamilan. Pada Leopold I juga ditemukan bagian janin yang teraba bulat dan lunak, hal ini mengindikasikan bokong janin. Bokong

tidak dapat bergerak bebas dari badan janin (7). Pada Leopold II teraba keras seperti papan di sebelah kanan dan teraba bagian kecil di sebelah kiri. Menurut teori, massa yang keras, halus dan resisten yang memanjang dari bokong ke leher mengindikasikan punggung janin (7). Posisi punggung di sisi kiri atau kanan abdomen ibu hamil menentukan posisi pada letak longitudinal (7). Sedangkan lokasi punggung di bagian anterior, lateral, atau posterior abdomen menentukan variasi (7). Adapula temuan massa kecil, menonjol, tidak teratur yang bergerak ketika ditekan atau menendang atau memukul tangan pemeriksa mengindikasikan bagian-bagian kecil janin, seperti: tangan, kaki, lutut, dan siku (7). Posisi ini harus berada pada posisi berlawanan dari sisi tempat punggung janin (7). Pada Leopold III ditemukan teraba bulat keras melenting, sudah masuk PAP. Pada Leopold 3 hasil pemeriksaan menunjukkan bagian bawah uterus. Pada presentasi kepala, tidak akan mudah digerakkan, terutama bila sudah turun. Hasil dari Leopold 1 dan 3 harus dibandingkan untuk membuat penentuan terakhir letak dan presentasi janin. Pada Leopold IV didapatkan hasil konvergen, perlimaan: 3/5. Menurut teori, pada pinggiran panggul, kedua tangan pemeriksa yang menemukan bahwa di sekitar bagian presentasi, ujung-ujung jari pemeriksa menyentuh garis tengah abdomen maka bagian presentasi belum turun atau mengapung (7).

Pada pemeriksaan genitalia didapatkan bahwa terdapat pengeluaran lendir darah, tidak ada kelainan, portio konsistensi tipis lunak, pembukaan 4 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, Hodge II, tidak ada molase. Menurut teori, dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervivalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler darah terputus pembukaan serviks (6). Pada pemeriksaan genitalia eksterna ditemukan bahwa vulva vagina tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan genitalia eksterna perlu diperhatikan apakah terdapat luka/massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum (5). Pada pemeriksaan, portio memiliki konsistensi tipis lunak. Menurut teori, perubahan serviks terjadi

pendataran serviks (*effacement*) yaitu pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi 1 lubang saja dengan pinggir yang tipis (6). Hasil temuan pembukaan Ny. M adalah 4 cm. Menurut teori, terjadi pembukaan serviks, yaitu pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran (6). Pada pemeriksaan ditemukan bahwa ketuban utuh. Menurut teori, pemeriksaan kondisi air ketuban dilakukan setiap pemeriksaan dalam dan lakukan penilaian warna air ketuban. Warna air ketuban yang sudah pecah normalnya jernih, namun jika air ketuban bercampur darah, meconium atau bahkan kering maka lakukan penatalaksanaan rujukan (5). Pada penilaian penurunan bagian terbawah janin didapatkan hasil berupa Hodge II dan dilakukan perbandingan dengan perlimaan maka dapat disimpulkan bahwa penurunan bagian terendah janin sudah sesuai (5). Ditemukan pada pemeriksaan bahwa tidak ada penyusupan tulang kepala janin. Menurut teori, penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap panggul ibu. Apabila ditemukan ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disproporsional kepala-panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan (5).

### C. Analisa

Menurut teori, kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18–24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Pada fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm. Biasanya berlangsung hingga 8 jam. Pada fase aktif persalinan terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit

dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Serviks membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm) (5). Dapat disimpulkan bahwa Ny. M termasuk ke dalam kala I fase aktif.

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapatkan, maka analisa yang ditegaskan yaitu Ny. M usia 31 tahun G2P1A0 usia kehamilan 41 minggu, inpartu Kala I fase aktif, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, ibu dalam keadaan baik.

#### D. Penatalaksanaan

Pada kala I, berdasarkan analisa maka asuhan yang diberikan kepada ibu adalah memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik serta persalinan akan segera dimulai; melakukan informed consent; mengajarkan ibu teknik relaksasi; menganjurkan ibu untuk makan, minum, dan istirahat di sela-sela his. Menurut teori, hal ini termasuk Asuhan Sayang Ibu. Asuhan Sayang ibu merupakan upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan pada proses persalinan (5). Saat persalinan berkembang ke fase aktif, wanita seringkali memilih untuk tetap di tempat tidur, ambulasi mungkin tidak terasa nyaman lagi. Ibu hamil menjadi sangat terpengaruh dengan sensasi di dalam tubuhnya dan cenderung menarik diri dari lingkungan sekitar, maka diperlukan dukungan emosional dari suami dan anggota keluarga untuk mendampingi selama persalinan. Hargai ibu untuk menghadirkan pendamping yang secara khusus diminta untuk menemaninya untuk: mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu; membantu ibu bernapas secara benar saat kontraksi; memijat punggung, kaki atau kepala ibu dan tindakan bermanfaat lainnya; menyeka muka ibu secara lembut dengan kain yang dibasahi air dingin atau hangat, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman (5). Menganjurkan ibu untuk mendapatkan asupan nutrisi dan cairan selama persalinan perlu diperhatikan, asupan nutrisi dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi/membuat kontraksi tidak teratur dan kurang

efektif (5). Kemudian Ny. M dianjurkan ibu untuk tidak menahan BAK. Menurut teori, kandung kemih harus dikosongkan setidaknya tiap 2 jam atau disaat merasa ingin berkemih. Kandung kemih yang penuh berpotensi untuk: memperlambat turunnya janin dan mengganggu kemajuan persalinan, menyebabkan ibu tidak nyaman, meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan yang disebabkan oleh atonia uteri, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pascapersalinan (5).

Selanjutnya merapihkan peralatan ibu dan bayi, serta merapihkan partus set secara ergonomis. Tenaga kesehatan perlu memastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik, termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi, dan resusitasi BBL. Semua perlengkapan bahan dalam set tersebut harus dalam keadaan DTT atau steril (5).

Kemudian dilakukan mengobservasi kesejahteraan janin dan kemajuan persalinan; dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada Ny. M. saat fase aktif persalinan, catat hasil pemeriksaan pada partigraf. Pada persalinan tanpa penyulit, catatan pembukaan serviks umumnya tidak melewati garis waspada. Catatan persalinan yang lengkap dan benar dapat digunakan untuk menilai/memantau sejauh mana pelaksanaan asuhan persalinan yang aman dan bersih telah dilakukan.

Kesimpulan pada penatalaksanaan kala I yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sudah benar dan sesuai dengan teori.

## **II. Kala II**

### **A. Subjektif**

Pukul 02.00 WIB ibu mengatakan bahwa ketuban sudah pecah, mulas semakin sering dan ingin mengedan. Rasa ingin meneran bersamaan dengan munculnya kontraksi yang semakin sering merupakan salah satu dari tanda gejala kala II. Tanda dan gejala kala II berupa: ibu ingin meneran, perineum menonjol, vulva vagina dan sphincter anus membuka,

jumlah pengeluaran air ketuban meningkat, his lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali, pembukaan lengkap (10 cm), pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam (5). Menurut hasil pengkajian ditemukan bahwa ibu mengalami pecah ketuban. Menurut teori, *premature rupture of membrane* adalah keluarnya cairan banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah jika pembukaan lengkap atau hampir lengkap. Persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar (6).

## B. Objektif

Pada pemeriksaan umum didapatkan hasil pemeriksaan dengan keadaan umum: kesakitan, kesadaran: composmentis, keadaan emosional: cemas. Menurut teori, adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan, maka berikan rasa aman, semangat, dukungan dan perhatian agar membantu kelancaran persalinan dan kelahiran bayi (5). Pada fase transisi biasanya pendek, tetapi sering kali merupakan waktu yang paling sulit dan sangat nyeri bagi wanita karena frekuensi (setiap 2-3 menit) dan lama (seringkali berlangsung sampai 90 detik kontraksi). Wanita menjadi sensitif dan kehilangan kontrol. Biasanya ditandai dengan meningkatnya jumlah show akibat ruptur pembuluh darah kapiler di serviks dan segmen uterus bawah (6). Pada pemeriksaan TTV ditemukan TD: 132/82 mmHg, N: 92x/menit, S: 36,8°C, RR: 23x/menit. Pada pemeriksaan tekanan darah dan nadi terjadi peningkatan. Menurut teori, Diantara waktu kontraksi kala II terdapat peningkatan 30/25 mmhg selama kontraksi dari 10/5 sampai 10 mmhg (6). Jika wanita mengejan dengan kuat, terjadi kompensasi tekanan darah, seringkali terjadi penurunan tekanan darah secara dramatis saat wanita berhenti mengejan di akhir kontraksi. Perubahan lain dalam persalinan mencakup peningkatan denyut nadi secara perlahan tapi pasti sampai sekitar 100x/menit pada persalinan kala II. Frekuensi denyut nadi dapat ditingkatkan lebih jauh oleh dehidrasi, perdarahan, ansietas, nyeri dan obat-obatan tertentu, seperti terbutalin (6). Diketahui pada hasil pemeriksaan suhu tubuh naik menjadi 36,8°C. Pada

Basal Metabolisme Rate (BMR), dengan adanya kontraksi dan tenaga mengejan yang membutuhkan energi yang besar, maka pembuangan juga akan lebih tinggi dan suhu tubuh meningkat. Suhu tubuh akan sedikit meningkat ( $0,5-1^{\circ}\text{C}$ ) selama proses persalinan dan akan segera turun setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan metabolisme tubuh. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh lebih dari  $1^{\circ}\text{C}$  (6). Diketahui terjadi peningkatan respirasi yaitu menjadi 23x/menit. Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak  $\text{CO}_2$  dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai respons terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolik dan tekanan diafragma oleh janin (6).

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan his 4 kali dalam 10 menit selama 50 detik intensitas kuat. Menurut teori, kontraksi selama kala II terjadi secara sekitar setiap 2 menit berlangsung selama 60-90 detik, intensitas kuat dan menjadi ekspulsif secara alamiah (7). Maka dapat disimpulkan bahwa frekuensi dan lamanya kontraksi yang dialami Ny. M sesuai dengan teori. Diketahui bahwa DJJ 145x/menit, menurut teori, gangguan kondisi kesejahteraan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit (5). Maka dapat disimpulkan bahwa janin tidak mengalami fetal distress. Diketahui juga bahwa pada pemeriksaan kandung kemih kosong. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang. Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Bagaimanapun juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan (6). Hal ini membuktikan bahwa ibu sudah mengikuti anjuran bidan. Didapatkan juga pada pemeriksaan abdomen bahwa perlimaan: 0/5. Menurut teori, 0/5 berarti bagian terbawah

janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (5).

Pada pemeriksaan genitalia ditemukan hasil berupa terdapat pengeluaran lendir darah, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, tidak ada kelainan pada vulva vagina, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban jernih, presentasi kepala, Hodge IV, tidak ada molase. Menurut teori, tanda dan gejala kala II berupa: ibu ingin meneran, perineum menonjol, vulva vagina dan sphincter anus membuka, jumlah pengeluaran air ketuban meningkat, his lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali, pembukaan lengkap (10 cm) (5). Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran (6). Penilaian warna air ketuban perlu diperhatikan, pada pemeriksaan ditemukan bahwa ketuban jernih. Menurut teori, pemeriksaan kondisi air ketuban dilakukan setiap pemeriksaan dalam dan lakukan penilaian warna air ketuban. Warna air ketuban yang sudah pecah normalnya jernih, namun jika air ketuban bercampur darah, meconium atau bahkan kering maka lakukan penatalaksanaan rujukan (5). Dari hasil pengkajian diketahui bahwa penurunan kepala janin sudah berada di Hodge IV, jika dibandingkan dengan perlimaan, maka pada kasus Ny. M sudah sesuai dengan teori.

### C. Analisa

Menurut teori, persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Dapat disimpulkan bahwa Ny. M sudah memasuki kala II (5). Maka analisa yang didapatkan berupa Ny. M Usia 31 tahun G2P1A0 usia kehamilan 41 minggu partus Kala II.

### D. Penatalaksanaan

Pada kala II dilakukan penatalaksanaan berupa memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami bahwa persalinan akan segera dimulai. Menurut teori, menjelaskan semua suhan dan perawatan kepada ibu sebelum perawatan merupakan salah satu dari Asuhan Sayang Ibu (5).

Penatalaksanaan selanjutnya adalah mempersiapkan diri dengan mencuci tangan secara efektif dan memakai APD. Menurut teori, kepatuhan dalam menjalankan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik akan melindungi penolong persalinan dan keluarga ibu dari infeksi. Cuci tangan sesering mungkin, gunakan peralatan steril atau DTT dan gunakan sarung tangan saat diperlukan. Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap risiko infeksi (5).

Selanjutnya menganjurkan ibu memilih posisi nyaman. Menurut teori, ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala II karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi. Keuntungan dari posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayi (5).

Pada penatalaksanaan dilakukan mengajarkan ibu cara meneran dan bernapas secara efektif. Menurut teori, cara meneran berupa: menganjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi; beritahukan ibu untuk tidak menahan napas saat meneran; meminta ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi; lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan ke dada; minta ibu untuk tidak mengangkat bokong disaat meneran; jika ibu adalah primigravida dan bayi belum lahir setelah 2 jam meneran atau jika ibu adalah multigravida dan bayi tidak lahir setelah 1 jam meneran maka lakukan rujukan segera (5).

Penatalaksanaan berikutnya adalah menganjurkan ibu untuk makan, minum, dan istirahat di sela-sela his dan memberikan pengarahan kepada suami untuk memberikan dukungan secara mental dan emosional. Menurut teori, menganjurkan keluarga terlibat dalam asuhan, diantaranya

membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara dan memberikan dukungan dan semangat dapat memengaruhi hasil persalinan yang baik (5). mengobservasi penurunan kepala janin.

Penatalaksanaan berikutnya adalah memimpin meneran saat ada his. Menurut teori, jika pembukaan sudah lengkap dan nada dorongan meneran, bantu ibu mendapatkan posisi nyaman, bombing secara efektif dan benar mengikuti dorongan alamiah. Njurkan ibu untuk membantu dan mendukung usahanya (5).

Kemudian saat kepala bayi lahir, dilakukan pemeriksaan adanya lilitan tali pusat. Hal ini sesuai dengan teori asuhan kala II (7). Saat bagian kepala keluar melewati introitus dan perineum kemudian dilakukan pemeriksaan pada leher, terdapat lilitan tali pusat satu kali longgar. Sesuai teori, jika terdapat lilitan tali pusat di leher cukup longgar maka dilakukan pelepasan lilitan melewati kepala bayi yang bertujuan untuk menghindari tekanan pada tali pusat dan leher bayi yang dapat mengakibatkan hilangnya sirkulasi plasenta dan menimbulkan kematian janin (5).

Penatalaksanaan berikutnya yaitu menunggu bayi melakukan putaran paksi luar, melakukan sanggah susur untuk melahirkan badan. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Selanjutnya tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas di antara kedua kaki bayi. Letakkan bayi di atas kain pada perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari tubuhnya. Segera keringkan bayi sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain. Pastikan kepala bayi tertutup dengan baik (5).

Penatalaksanaan terakhir adalah memeriksa janin kedua yang bertujuan untuk mengindikasikan kehamilan kembar tak terdeteksi

dikarenakan pada kala III akan dilakukan penyuntikan oksitosin yang menyebabkan uterus berkontraksi dengan cepat dan akan sangat menurunkan pasokan oksigen kepada bayi (5).

### **III. Kala III**

#### **A. Subjektif**

Ibu mengatakan merasa lega dan senang atas kelahiran putranya dan masih merasa mulas. Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Dikarenakan tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

#### **B. Objektif**

Pada pemeriksaan umum didapatkan bahwa keadaan umum baik, kesadaran composmentis, dan emosi senang. Pada kala III persalinan, data yang perlu didapatkan di pemeriksaan umum adalah keadaan umum, kesadaran, dan emosi ibu (12).

Pada pemeriksaan fisik ditemukan bahwa di abdomen: TFU sepusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong. Sedangkan pada genitalia ditemukan pengeluaran darah 150 cc, tali pusat menjulur di depan vagina. Menurut teori, tanda pelepasan plasenta ditandai dengan: perubahan bentuk dan tinggi fundus, setelah bayi lahir dan miometriumbelum berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat, setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk seperti buah pear dan berada di atas pusat; tali pusat memanjang (tanda Ahfeld); dan semburan darah yang mendadak dan singkat, hal ini disebabkan oleh darah yang terkumpul di belakang plasenta yang melebihi kapasitas tampung, maka darah tersembur dari tepi plasenta yang keluar (5). Perlu diketahui bahwa

memastikan kandung kemih kosong perlu diperhatikan karena kandung kemih yang penuh akan menghalangi uterus berkontraksi dengan baik (5).

#### C. Analisa

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta (8). Dapat disimpulkan bahwa Ny. M memasuki kala III persalinan. Analisa yang didapatkan adalah Ny. M usia 31 tahun P2A0 partus kala III.

#### D. Penatalaksanaan

Pada kala III persalinan dilakukan segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) penyuntikan syntocinon 10 IU secara IM di  $\frac{1}{3}$  paha luar ibu. Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah (5).

Kemudian melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat. Dengan mengerjakan semua prosedur tersebut terlebih dahulu maka akan memberikan cukup waktu pada bayi untuk memperoleh sejumlah darah kaya zat besi dan setelah itu (setelah dua menit) baru dilakukan tindakan penjepitan dan pemotongan tali pusat (5).

Selanjutnya memberikan asuhan skin to skin dan IMD. Menurut teori, prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin dan secara eksklusif. Setelah bayi lahir dan tali pusat di klem, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu. biarkan kontak kulit berlangsung setidaknya 1 jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusu sendiri. Bayi diberikan topi dan diselimuti agar terjaga kehangatannya (5).

Selanjutnya melakukan Penegangan Tali pusat Terkendali (PTT) dan melahirkan plasenta. Menurut teori, hal yang dilakukan adalah memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva; meletakkan satu tangan kiri diatas kain pada perut ibu, ditepi simpisis, tangan kanan menegangkan tali pusat; setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong

uterus kearah belakang–atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri); jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas; lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsocranial); jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta; saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan; pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang disediakan (15).

Selanjutnya dilakukan masase fundus uterus setelah lahirnya plasenta maksimal selama 15 detik. Menurut teori, masase bertujuan untuk merangsang kontraksi uterus. Saat dilakukan masase, dapat juga dilakukan penilaian kontraksi uterus (5). Bersamaan dengan melakukan masase, dilakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta. Periksa kotiledon pada plasenta sisi maternal, pasangkan bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang, periksa plasenta sisi fetal untuk memastikan tidak adanya kemungkinan lobus tambahan (suksenturiata) (5).

Terakhir, membantu pemasangan IUD Copper T. Pada persalinan kala III, terdapat pemasangan KB IUD dengan jenis Copper T oleh Bd. S. Menurut teori, AKDR postplasenta merupakan kesempatan yang paling baik untuk mengontrol fertilitas pascapersalinan. Keuntungan lain adalah motivasi yang tinggi untuk menjaga kesehatan dan membantu tumbuh kembang bayi dan jaminan untuk tidak segera hamil. AKDR bekerja dengan cara: menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah ovum dan sperma bertemu, dan mencegah implantasi telur dalam uterus (4). Pada hal ini bidan sudah melakukan tindakan insersi

AKDR dengan teknik manual sesuai teori dan menerapkan asuhan kebidanan yang kontinu, yaitu mulai dari persalinan hingga KB.

#### IV. Kala IV

##### A. Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa mulas. Menurut teori, timbulnya rasa mulas pada ibu dikarenakan otot-otot uterus yang berkontraksi, hal ini berfungsi agar pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan (6).

##### B. Data Objektif

Pada keadaan umum ibu didapatkan bahwa keadaan umum baik, kesadaran composmentis, dan emosi senang. Menurut teori, pemeriksaan dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil, maka akan dilakukan pemantauan lebih sering. Apakah ibu membutuhkan minum, apakah ibu akan memegang bayinya (6).

Sedangkan pada pemeriksaan TTV diketahui bahwa TD: 120/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,7°C, dan RR: 20x/menit. Menurut teori, tekanan darah, nadi, dan pernapasan harus menjadi stabil pada level pra-persalinan selama jam pertama pascapartus. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah salah satu sarana untuk mendeteksi syok hipovolemik. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya di bawah 38°C (7). Tanda dan gejala syok: nadi cepat dan lemah (lebih dari 110x/menit), tekanan darah rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg), pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30x/menit), cemas, keadaan menurun/tidak sadar, produksi urin sedikit (kurang dari 30cc/jam), suhu di atas 38°C (5).

Pada pemeriksaan abdomen ditemukan: TFU sepusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong. Menurut teori, kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan

fundus uteri akan teraba keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri (6). Menurut Varney, setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan di tengah abdomen kurang lebih  $\frac{2}{3}$  sampai  $\frac{3}{4}$  antara simpisis pubis dan umbilicus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah, di atas umbilicus, hal itu menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu di tekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Kandung kemih penuh menyebabkan uterus bergeser, menghambat kontraksi dan, dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika ibu tidak mampu buang air kecil secara spontan pada saat ini, kandung kemih sebaiknya dikosongkan oleh kateter untuk mencegah perdarahan berlebihan (7).

Pada pemeriksaan genitalia didapatkan pengeluaran darah 50 cc, laserasi derajat 1. Menurut teori, evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina (6). Bidan perlu menginspeksi perineum, vagina bawah, dan area periuretra untuk mengetahui adanya memar, pembentukan hematoma, laserasi, pembuluh darah robek, atau perdarahan (7).

#### C. Analisa

Menurut teori Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (5). Maka dapat disimpulkan dari data subjektif dan objektif pada 1 Maret 2022 pukul 02.40 WIB yaitu Ny. M usia 31 tahun P2A0 partus kala IV dengan laserasi derajat 1.

#### D. Penatalaksanaan

Pada persalinan kala IV terdapat laserasi perineum derajat 1 dan dilakukan penjahitan dengan menggunakan lidokain, pada pemeriksaan ditemukan robekan pada mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum. Menurut teori, penggunaan lidokain pada rupture perineum derajat 1 jika terdapat perdarahan aktif dilakukan penjahitan (5).

Memeriksa TTV, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan pengeluaran darah setiap 15 menit pada 1 jam pertama serta setiap 30 menit pada 1 jam kedua. Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian

ibu yang disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan terjadi selama empat jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini dilakukan pemantauan ibu secara ketat segera setelah persalinan. Jika TTV dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama dua jam pascapersalinan, mungkin ibu tidak akan mengalami perdarahan pascapersalinan. Ajarkan ibu dan keluarganya cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus. Ajarkan ibu dan keluarga untuk mencari asuhan segera jika ditemukan: demam, perdarahan aktif, banyak keluar bekuan darah, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, sulit menyusukan anak, nyeripanggul atau abdomen yang lebih hebat dari nyeri kontraksi biasa (5).

Penatalaksanaan selanjutnya yaitu membersihkan ibu dan tempat tidur dengan air DTT, memakaikan ibu pakaian kering dan bersih, serta pampers perekat. Setelah persalinan, dekontaminasi alas plastik, tempat tidur, dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian susi dengan deterjen dan bilas dengan air bersih. Jika sudah bersih keringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring di atas matras yang basah. Dekontaminasi linen yang digunakan selama persalinan dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian susi segera dengan air dan deterjen. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman (5).

Kemudian memberikan ucapan keselamatan kepada ibu atas kelahiran anaknya, memastikan ibu nyaman dan membantu pemberian ASI, dan menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisinya. Pada saat proses persalinan selesai, proses baru dimulai, waktu awal ini ketika ibu paling terbuka terhadap bayi untuk proses *bonding*. Melibatkan ayah atau anggota keluarga dapat meningkatkan kegembiraan (7). Menurut teori, penatalaksanaan ini termasuk asuhan saying ibu dan bayipada masa pascapersalinan, yaitu: melakukan rawat gabung, membantu ibu memberikan ASI, mengajarkan ibu dan keluarga mengenai nutrisi dan istirahat setelah melahirkan, menganjurkan suami dan keluarga untuk

memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi, dan mengajarkan ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya postpartum (5).

Penatalaksanaan selanjutnya adalah mencuci tangan secara efektif. Cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian bayi (5).

Penatalaksanaan terakhir adalah melakukan pendokumentasian. Salah satu bentuk pendokumentasian adalah partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal penting yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir. Nilai dan catatan asuhan yang diberikan kepada ibu selama masa nifas, terutama pada kala IV persalinan untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai (5).

## **V. Faktor Pendukung dan Penghambat**

### **A. Faktor pendukung**

Faktor pendukung pada asuhan intranatal ini karena adanya kerjasama dan komunikasi yang baik dengan ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan di Praktik Mandiri Bidan S.

### **B. Faktor Penghambat**

Sedangkan faktor penghambat ialah tidak dapat dilakukannya kunjungan rumah dikarenakan ibu ingin membatasi kunjungan ke rumah.