

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

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

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 23 Februari 2022 pukul 16.00 WIB, Ny. D merupakan pasien rujukan dari Puskesmas Cidahu pukul 13.15 WIB. Ibu datang ke puskesmas mengeluh mulas dan keluar air-air sejak tanggal 22 Februari 2022 dengan diagnosa klinis G4P3A0 hamil 38 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD > 24 jam dan presentasi bokong. Dari hasil anamnesa, ibu mengatakan mulas pertama kali dirasakan tanggal 23 Februari 2022 pukul 13.00 WIB. Ibu mengatakan pada waktu tersebut tidak langsung memeriksakan diri ke bidan terdekat dikarenakan ibu tidak tahu bahwa keluar air-air banyak seperti kencing merupakan salah satu tanda bahaya kehamilan. Tanda ketuban pecah dini dikemukakan sesuai teori, keluarnya cairan banyak melalui vagina.<sup>2</sup>

Menurut teori, ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya inpartu.<sup>1</sup> Pada usia kehamilan 30 minggu, ibu melakukan USG di klinik bidan dan hasil pemeriksaan USG tersebut menunjukkan janin dalam keadaan presentasi bokong. Keluarnya air-air pada kemaluan merupakan tanda dan gejala yang mengindikasinya robekan selaput ketuban. Menurut teori hal ini bisa terjadi karena bayi dengan letak sungsang akan merusak lapisan ketuban karena posisi janin yang memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri sehingga ketuban sering pecah sebelum waktunya.<sup>3</sup> Teori lain menyebutkan letak sungsang dapat memungkinkan ketegangan Rahim meningkat sehingga membuat selaput ketuban pecah.<sup>5</sup>

Pada kala II Ibu mengatakan perutnya semakin mules yang kuat menjalar ke pinggang seperti ingin BAB, ibu sudah tidak kuat menahan keinginan nya untuk segera meneran. Hal tersebut sudah memasuki kala II persalinan karena ibu sudah ada keinginan meneran dan mules yang semakin kuat, hal ini sesuai dengan tanda gejala kala II yaitu adanya dorongan meneran, hal ini sesuai dengan teori bahwa his menjadi lebih kuat, kontraksi 50-100 detik, dan datangnya setiap 2-3 menit.<sup>3</sup>

Pada kala III dan IV, ibu mengatakan senang bayi dan ari-arinya sudah lahir, hal ini dikarenakan perubahan psikologis pada kala III, berdasarkan penelitian

menurut Cahyo bahwa perasaan lega dan senang setelah persalinan merupakan kenyamanan yang dirasakan setelah persalinan.<sup>11</sup>

## **B. Data Objektif**

Pada data objektif didapatkan hasil pemeriksaan kepada Ny. D bahwa keadaan umum ibu baik, kesadaran dapat berkomunikasi dengan baik (composmentis). Diperoleh hasil dari pemeriksaan tanda-tanda vital masih dalam batas normal. Ibu dinyatakan hamil dengan letak sungsang karena didapatkan dari hasil pemeriksaan meliputi, pemeriksaan abdomen dengan inspeksi tidak didapatkan luka bekas operasi, TFU Mc Donald 29 cm TBJ (29-12) x 155 = 2635 gram dengan palpasi abdomen menggunakan Leopold I TFU perabaan 3 jari dibawah Px, teraba bulat, keras dan melenting, Leopold II teraba bagian kecil janin pada perut sebelah kanan, dan teraba Panjang keras seperti papan di bagian kiri. Leopold III teraba lunak dan tidak melenting. Dilakukan pemeriksaan DJJ : 141 x/menit regular. His 3x dalam 10 menit, lamanya 35 detik.

Maka kasus ini dalam pemeriksaan palpasi abdomen sesuai dengan teori yang diungkapkan Cuningham yaitu pada pemeriksaan Leopold I kepala janin yang teraba keras, bulat dan dapat diraba dengan ballotemen sudah menempati bagian fundus uteri. Leopold II, menunjukkan punggung sudah berada pada satu sisi abdomen dan bagian-bagian kecil berada pada sisi yang lain. Leopold III, bila engagement belum menjadi diameter intertrokanterika panggul janin belum melewati pintu atas panggul, bokong janin masih dapat digerakkan di atas pintu atas panggul.<sup>6</sup>

Pada pemeriksaan genitalia ibu terdapat pengeluaran air-air setelah dilakukan pemeriksaan menggunakan kertas lakmus. Warna kertas lakmus merah mengalami perubahan warna menjadi warna biru. Menurut teori, penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (tes nitrazin) merah menjadi biru.

Pada pemeriksaan genitalia didapatkan tidak ada varises, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada kelenjar bartholini dan kelenjar skene, portio lunak tebal, pembukaan 4 cm, ketuban negatif, teraba sakrum. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Fraser yaitu bokong teraba lunak dan tidak teratur dengan tidak adanya sutura yang terpalpasi, walaupun terkadang sakrum dapat disalah

artikan dengan caput succedanum. Anus dapat teraba dan mekonium segar terdapat di jari pemeriksa biasanya merupakan diagnostik.<sup>9</sup>

Pada kala II keadaan umum ibu baik, denyut jantung janin (DJJ): 146x/menit regular, his 5x 10 menit lamanya 50 detik, kandung kemih kosong. Genitalia : vulva vagina tidak ada kelainan, terdapat dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, teraba sakrum. Berdasarkan hasil pemeriksaan dalam menunjukkan ibu sudah memasuki kala II ditandai dengan pembukaan yang sudah lengkap hal ini sesuai dengan teori bahwa kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi.<sup>4</sup>

Pada kala III abdomen didapatkan tidak ada janin kedua, TFU 1 jari di bawah pusat, hal ini dikarenakan janin sudah keluar dan terjadi pengecilan rahim dan pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena itu, tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Teraba keras hal ini menandakan uterus yang terus berkontraksi setelah pelepasan plasenta bahwa setelah plasenta lepas, dinding uterus akan berkontraksi.<sup>4</sup> Genitalia tampak keluar semburan darah, tali pusat menjulur di depan vulva. Hal tersebut sesuai dengan teori tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu perubahan ukuran dan bentuk uterus, uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim.<sup>4</sup>

Pada kala IV pemeriksaan abdomen didapatkan TFU 2 jari di bawah pusat dan teraba keras, hal ini dikarenakan setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari di bawah pusat dan otot-otot uterus berkontraksi. Kandung kemih kosong adalah suatu keadaan baik, kandung kemih yang penuh mendorong uterus ke atas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya karena plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Pemeriksaan genitalia tampak pengeluarandarah sekitar 100 cc. perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.<sup>8</sup> tidak ada laserasi jalan lahir dilakukan pemeriksaan jalan lahir adalah untuk mengevaluasi adanya perdarahan aktif pada perineum dan vagina.

### C. Analisa

Diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus ini adalah: Ny. D usia 35 tahun G4P3A0 hamil 38 minggu dengan ketuban pecah dini > 24 jam dan letak sungsang. Keadaan ibu dan janin baik.

### D. Penatalaksanaan

Pada saat ibu datang ke ruang VK RSUD Sekarwangi Sukabumi, memberikan penanganan yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter, advice: ibu dipasangkan infus dengan cairan RL 500 ml dengan drip oksitosin 5 IU dengan 20 tpm dan dilakukan observasi. Menurut teori, akselerasi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil inpartu untuk meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan (usia kehamilan di atas 28 minggu). Dari data tersebut tidak ada kesenjangan karena usia kehamilan ibu sudah 38 minggu.<sup>10</sup>

Pada Kasus ini pemberian Oksitosin 5 IU yang sudah dicampur oleh Ringer Laktat 500 ml diberikan ibu sebanyak 20 tetes permenit. Menurut teori, Oksitosin dipasang infus Dekstros 5% atau Ringer Laktat dengan 5 Unit Oksitosin, tetesan pertama antara 8-12 tetes permenit dengan perhitungan setiap tetes mengandung 0,0005 Unit/menit. Setiap 15 menit dilakukan penilaian. Jika tidak terdapat his adekuat jumlah tetesan ditampah 4 tetes, sampai maksimal 40 tetes permenit atau 0,02 unit Oksitosin/menit. Tetesan maksimal dipertahankan dalam 2 kali pemberian 500cc dekstros 5%. Jika sebelum tetesan ke-40, sudah timbul kontraksi otot rahim yang adekuat, tetesan terakhir dipertahankan sampai persalinan berlangsung. Dalam literatur dikemukakan juga, bahwa pemberian oksitosin maksimal setiap menit adalah 30-40 IU atau tetesan sebanyak 40 tetes permenit dengan oksitosin sebanyak 10 IU. Pada tindakan yang dilakukan terdapat kesenjangan diantaranya pemberian tetesan infus seharusnya bertahap. Pada kasus ketuban pecah dini ini tidak dilakukan Skor Bishop agar mengetahui kematangan serviks agar dapat induksi.

Menurut teori, jika tidak tercapai kontraksi yang adekuat dengan kontraksi yang lebih tinggi, pada multipara akselerasi dianggap gagal dan dilakukan tindakan *sectio caesarea*.<sup>32</sup>

Memantau kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan bayi. Pada kasus ini, kemajuan persalinan pada partograf tidak bisa dijadikan acuan dikarenakan presentasi bokong. Hal ini sesuai dengan teori kontraindikasi pelaksanaan partograf, partograf tidak dipergunakan pada kasus salah satunya yaitu kelainan letak.<sup>19</sup>

Setelah memasuki kala II, memberitahukan kepada dokter bahwa bokong sudah di depan vulva dan melakukan persiapan persalinan secara pervaginam. Melakukan persalinan secara pervaginam dengan teknik bracht. Hal ini sesuai dengan teori bahwa kasus dengan presentasi bokong murni dilakukan persalinan dengan teknik bracht. Adapun prosedur-prosedur yang dilakukan pada persalinan letak sungsang dengan presentasi bokong sempurna dengan menggunakan teknik Bracht adalah sebagai berikut: Ibu tidur dalam posisi litotomi, sedang penolong berdiri di depan vulva. Jika bokong telah mencapai vagina dan pembukaan lengkap, anjurkan ibu untuk mengedan bersamaan dengan his. Jika perineum kaku lakukan episiotomi. Pada waktu tali pusat lahir dan tampak sangat teregang, tali pusat dikendorkan lebih dahulu. Melakukan hiperlordosis pada badan janin guna mengikuti gerakan rotasi anterior, yaitu punggung janin didekatkan ke perut ibu. Penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa melakukan tarikan. Dengan gerakan hiperlordosis ini berturut-turut lahir pusat, perut, bahu dan lengan, dagu, mulut dan akhirnya seluruh kepala.<sup>26</sup> Persalinan berlangsung spontan pukul 16.46 WIB. Ketika bayi lahir tidak langsung menangis maka dilakukan rangsangan taktil setelah itu bayi dapat menangis kuat.

Pada kala III dilakukan penyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha bagian atas. Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat 1 menit setelah bayi lahir. Melakukan pemantauan tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah, dan pemanjangan tali pusat. Setelah plasenta lahir dilakukan masase uterus selama 15 detik. Proses masase dapat merangsang kontraksi uterus dan merupakan rangkaian dari manajemen aktif kala III. Mengecek kelengkapan plasenta. Plasenta lahir lengkap dengan Panjang tali pusat sekitar 27 cm. hal ini sesuai teori dengan ukuran tali pusat yang pendek akan membuat bayi sulit bergerak atau berputar ketika masuk ke masa persalinan. Bayi akan merasa terikat dengan tali pusat yang pendek tersebut sehingga ketika seharusnya bayi berputar ke arah

panggul, namun tidak bisa terjadi. Panjang tali pusat yang normal adalah 50-60 cm. Tali pusat dikatakan Panjang apabila berukuran lebih dari 60 cm. Sedangkan tali pusat dikatakan pendek apabila memiliki ukuran kurang dari 40 cm.<sup>27</sup>

Pada kala IV memberitahu ibu hasil pemeriksaan tidak ada luka jalan lahir dikhawatirkan adanya perdarahan aktif dari jalan lahir. Membersihkan ibu, tempat persalinan dan merapikan alat, merendam bahan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, suhu, penurunan TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan selama 2 jam post partum, yaitu setiap 15 menit sekali pada satu jam pertama dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua.<sup>33</sup>

#### **E. Faktor Pendukung dan Penghambat**

##### **1. Faktor Pendukung**

Selama melakukan asuhan kebidan ini, penulis mendapatkan banyak bantuan baik dari Dokter, CI ruangan, Bidan, Coass maupun teman-teman. Selama melakukan asuhan penulis sangat dibimbing dan diberi pengetahuan oleh CI ruangan sehingga penulis dapat diberi kepercayaan dalam memberikan asuhan kebidanan ini.

##### **2. Faktor Penghambat**

Dalam memberikan asuhan kebidanan ini, pemeriksaan skor bishop tidak dilakukan sehingga dikhawatirkan terjadi gagal drip.