

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil studi kasus penulis akan membahas asuhan kebidanan yang diberikan Kepada Ny. K yang dilakukan pada tanggal 28 Maret 2024 yaitu asuhan kebidanan intranatal pada Ny. K usia 32 tahun G2P1A0 gravida 39 minggu. Pembahasan tersebut sebagai berikut:

A. Data Subjektif

Pada pengkajian 28 Maret 2024 pukul 15.300 WIB ibu mengatakan mules sejak pukul 10.00 WIB pagi. Ibu mengatakan belum keluar air-air, tetapi sudah keluar lendir bercampur darah. Menurut teori, tanda-tanda persalinan yaitu: timbulnya his persalinan, penipisan dan pembukaan serviks, *bloody show*, dan *premature rupture of membrane*.¹³ Mulas dan keluarnya lendir darah yang dialami oleh Ny. K merupakan tanda-tanda persalinan.

Ibu mengatakan HPHT tanggal 28 Juni 2023 dengan menggunakan rumus neagle didapatkan TP ibu tanggal 05 April 2024. Dari HPHT usia kehamilan ibu saat ini sudah 39 minggu. Hal ini sesuai dengan teori kelahiran adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu).⁹ Ibu mengatakan selama kehamilan ini, telah dilakukan 10 kali pemeriksaan ibu hamil, yaitu sebanyak 2 kali dengan dr. SpOG dan 8 kali dengan bidan. Menurut Kemenkes RI, Standar Pelayanan Minimal Antenatal ibu hamil memerlukan minimal 6 kali kunjungan dengan rincian: Pemeriksaan ke bidan/dokter 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.²¹ Dalam hal ini Ny.K sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar kunjungan. Ny. K melahirkan anak ke-1 pada tahun 2018 dan memiliki jarak dengan kehamilan saat ini adalah 6 tahun. Menurut teori, hal ini bukan merupakan kehamilan dengan risiko tinggi.²²

Pada hasil pengkajian kala II pukul 16. 30 Wib ibu mengeluh mulasnya semakin sering dan ingin meneran. Rasa ingin meneran merupakan hal yang

lazim terjadi ketika seorang ibu bersalin memasuki kala II ini, muncul rasa ingin meneran ini sesuai dengan teori, yaitu saat memasuki kala II kepala janin telah turun dan masuk keruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul melalui refleksi yang menimbulkan rasa ingin meneran.⁹ Pada saat dipimpin bersalin ibu disarankan untuk mengedan yang baik dan benar dan tidak mengangkat bokongnya, tetapi ibu tidak kooperatif karena ibu mengangkat bokongnya yang menyebabkan terjadinya robekan jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori ibu yang mengangkat bokongnya saat meneran adalah contoh dari teknik meneran yang kurang benar sehingga menyebabkan robekan jalan lahir.²³ Kemudian penyebab terjadinya robekan jalan lahir, tidak berkaitan dengan paritas hal ini sesuai dengan penelitian yang mengatakan bahwa rupture perineum tidak selalu terjadi pada primigravida saja, namun dapat terjadi pada paritas multipara dimana setiap ibu mempunyai tingkat keelastisan perineum yang berbeda-beda.²⁴

Pengkajian dikala III dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pukul 16. 41 WIB setelah bayi lahir ibu mengatakan mulas pada bagian perutnya, karena uterus berkontraksi untuk memisahkan dan mengeluarkan plasenta, hal ini sesuai dengan teori.²⁵ Plasenta lahir spontan pukul 16.45 dengan selisih waktu 5 menit setelah bayi lahir.

B. Data Objektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan dikala I pukul 15.30 WIB diperoleh pemeriksaan umum pada Ny. K yaitu: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, respirasi 20x/menit, suhu 36,3°C, dan nadi 80x/menit. Dari pemeriksaan fisik seperti wajah, mata, mulut, leher, ekstremitas dalam keadaan normal. Pada pemeriksaan abdomen ditemukan bahwa ibu memiliki TFU 30 cm. Menurut rumus Johnson ditemukan bahwa taksiran berat janin (TBJ): 2.945 gr. Pengukuran TFU bertujuan untuk mengetahui apakah bayi mengalami makrosomia, polihidramnion, ataupun komplikasi lainnya.²⁶ Setelah dilakukan pengukuran TFU, dilakukan pemeriksaan palpasi abdomen dapat disimpulkan bahwa bagian terbawah adalah

kepala. Dari hasil palpasi Leopold, dapat dinyatakan bahwa janin berada dalam letak dan presentasi kepala.

Pada kasus Ny. K ditemukan his sebanyak 4 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. Menurut teori, gangguan kondisi kesejahteraan janin dicerminkan dari DJJ, kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit dapat dikategorikan sebagai gawat janin.²⁷ Namun pada kasus Ny. K diketahui bahwa DJJ: 140x/menit teratur, dapat disimpulkan bahwa kesejahteraan janin dalam keadaan normal.

Pada pemeriksaan genitalia didapatkan bahwa terdapat pengeluaran lendir darah, tidak ada kelainan, portio konsistensi tipis, pembukaan 7 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, Hodge III, tidak ada molase. Menurut teori, dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicis 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.¹³ Pada pemeriksaan genitalia eksterna ditemukan bahwa vulva vagina tidak ada kelainan. 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.⁹

Pada penilaian penurunan bagian terbawah janin didapatkan hasil berupa Hodge III dan dilakukan perbandingan dengan perlimaan maka dapat disimpulkan bahwa penurunan bagian terendah janin sudah sesuai. 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 disporposi kepala-panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan⁹

Berdasarkan pemeriksaan dikala II pukul 16.30 WIB his 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 48 detik adekuat, DJJ 155x/menit teratur. Kemudian pemeriksaan genetalia dikala II tampak vulva membuka, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, presentasi kepala, hodge IV. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan tanda gejala kala II seperti anus dan vulva membuka, perineum menonjol.¹⁰

Pada pukul 16. 41 WIB dikala III setelah bayi lahir dilakukan penyuntikan oksitosin sebanyak 10 iu di 1/3 paha. Kemudian menunggu tanda-tanda pelepasan plasenta, hal ini sesuai dengan teori terdapat semburan darah, tali pusat memanjang, bentuk uterus globuler.¹⁰ Plasenta lepas dari tempat implantasinya dengan prasad kustner, Hal ini sesuai dengan teori tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat lalu tangan kiri menekan daerah di atas simfisis.⁹

Pada pemeriksaan kala IV ditemukan robekan jalan lahir laserasi derajat 2, yang disebabkan karena ibu saat mengedan tidak kooperatif dengan mengangkat bagian bokongnya saat proses persalinan sedang berlangsung. Hal sesuai dengan teori robekan tersebut dimulai dari mukosa vagina, kulit perineum dan otot.¹⁵ lalu terdapat pengeluaran darah \pm 200 cc, sesuai dengan teori perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.¹³

C. Analisa

Analisa ditegaskan dari hasil pengkajian data subjektif dan ditunjang oleh pemeriksaan fisik. Dari data subjektif didapatkan keluhan ibu mengatakan mulas yang dirasakan semakin kuat dan merasa ingin meneran. Pada pemeriksaan data objektif yang diperoleh vulva vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban negatif (Jernih), presentasi kepala, ubun-ubun kecil depan, Hodge IV, tidak ada moulage.³

Dari hasil data subjektif dan objektif maka dapat ditegaskan analisa bahwa Ny. K usia 32 tahun G2P1A0 hamil 39 minggu, inpartu kala II

D. Penatalaksanaan

Pada kala I, berdasarkan analisa maka asuhan yang diberikan kepada ibu, mengajarkan teknik relaksasi, menganjurkan suami untuk memberikan dukungan, hargai privasi ibu. Hal ini sesuai dengan penelitian yang berjudul Pendampingan Suami Terhadap Kelancaran Proses Persalinan Di BPM Arifin

Surabaya, yang mengatakan bahwa kehadiran seorang pendamping persalinan secara terus menerus akan membawa dampak yang baik pada proses persalinan karena dapat memberikan rasa aman, nyaman dan semangat serta dukungan emosional yang juga dapat membesarkan hati ibu, mengurangi rasa sakit dan mempercepat proses persalinan.²⁸ Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, hal ini sesuai dengan teori ibu bersalin yang memenuhi cairan dan nutrisi akan memiliki lebih banyak energi selama persalinan, sedangkan bila menghiraukan intake cairan dan nutrisi akan mempengaruhi keadaan ibu dan bayi saat persalinan.⁹

Pada kala II dilakukan penatalaksanaan berupa memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami bahwa persalinan akan segera dimulai. Menurut teori, menjelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum perawatan merupakan salah satu dari Asuhan Sayang Ibu.¹⁷ 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.¹³ Kemudian saat kepala bayi lahir, dilakukan pemeriksaan adanya lilitan tali pusat, hal ini sesuai dengan teori asuhan kala II. Setelah bayi lahir. Penatalaksanaan terakhir adalah memeriksa janin kedua yang bertujuan untuk mengindikasikan kehamilan kembar tak terdeteksi.

Pada kala III persalinan dilakukan segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) penyuntikan oksitosin 10 IU secara IM di $\frac{1}{3}$ paha luar ibu. Hal ini sesuai teori karena oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.⁹ Selanjutnya memberikan asuhan skin to skin dan IMD. Menurut teori, prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin minimal 1

jam pertama setelah lahir.¹¹ 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.¹³ Bersamaan dengan melakukan masase, dilakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta.

Pada persalinan kala IV terdapat laserasi perineum derajat 2 dan dilakukan penjahitan dengan menggunakan lidokain 1%, pada pemeriksaan ditemukan robekan pada mukosa vagina, kulit perineum dan otot.¹⁵ Bila dijumpai robekan perineum segera lakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan menghindari robekan terbuka ke arah vagina karena dapat tersumbat oleh bekuan darah yang akan menyebabkan kesembuhan luka menjadi lebih lama, Kewenangan bidan dalam penjahitan luka ruptur perineum hanya pada derajat satu dan dua, sedangkan untuk derajat tiga dan empat sebaiknya bidan melakukan kolaborasi atau rujuk ke rumah sakit, karena ruptur ini memerlukan teknik dan prosedur khusus.²⁹ Selama kala IV dilakukan pemantauan secara ketat, hal ini sesuai dengan teori pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua.⁹

Penatalaksanaan selanjutnya yaitu membersihkan ibu dan tempat tidur dengan air DTT, memakaikan ibu pakaian kering dan bersih, serta pampers perekat. Hal ini sesuai dengan teori, selanjutnya dekontaminasi alat dan seterilisasi alat dengan memasukkan benda- benda yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit prosedur ini dengan cepat mematikan virus. Pastikan bahwa benda-benda yang terkontaminasi terendam seluruhnya oleh larutan klorin, kemudian cuci bilas menggunakan air detergen dan air bersih setelah itu melakukan seterilisasi dengan cara merebus selama 20 menit.¹⁷

Kemudian Pada saat proses persalinan selesai, proses bonding ibu dengan bayi dilakukan yang melibatkan ayah atau anggota keluarga. Menurut teori, penatalaksanaan ini termasuk asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pascapersalinan, seperti: melakukan rawat gabung, membantu ibu memberikan ASI pada bayinya, memberitahu ibu dan keluarga mengenai nutrisi dan istirahat setelah melahirkan, dan memberitahu ibu dan keluarga mengenai tanda-tanda

bahaya pascasalin.¹⁷ Sesuai dengan teori penatalaksanaan selanjutnya adalah mencuci tangan secara efektif, cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi.¹³

Pada keseluruhan proses persalinan pada Ny. "K" berjalan dengan normal dan lancar, hal ini karena adanya observasi dan tindakan serta asuhan yang tepat dari awal persalinan hingga bayi dapat lahir, kelancaran persalinan ini juga berkat adanya kerja sama yang baik dari ibu, ibu selalu tenang, dan dapat meneran dengan baik. Ibu juga mau mengikuti anjuran yang di berikan oleh bidan dan pengkaji. Dari hasil pemeriksaan dan pertolongan yang sudah dilakukan semua berjalan dengan normal dan lancar.

E. Faktor Pendukung dan Penghambat

Selama dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. K Usia 32 tahun G2P1A0 di Puskesmas Parung ini penulis menemukan faktor yang mendukung dan menghambat terlaksananya asuhan kebidanan, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Pendukung

- a. Para Bidan Puskesmas yang selalu memberikan kepercayaan, pengetahuan, motivasi dan saran selama melakukan asuhan
- b. Sikap ibu, suami dan keluarga yang kooperatif memudahkan penulis untuk menggali data dan melakukan pemeriksaan fisik sehingga asuhan yang diberikan dapat sesuai dengan kebutuhan serta dapat diterima baik oleh pasien.

2. Faktor Penghambat

Jarak tempuh tempat tinggal pasien cukup jauh, sehingga waktu tempuh cukup lama untuk sampai kerumah pasien dalam memberikan asuhan kepada pasien.