

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kepada Ny. S pada tanggal 11 Maret 2022 yaitu asuhan kebidanan persalinan dengan analisa awal Ny. S usia 31 tahun G3P2A0 gravida 38 minggu, maka penulis membuat pembahasan sebagai berikut :

A. Data Subjektif

Ny. S berusia 31 tahun, hamil yang ketiga kali dan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya (HPHT) pada tanggal 17 Juni 2022 dengan menggunakan rumus neagle didapatkan tafsiran persalinan (TP) ibu pada 24 Maret 2022. Dari HPHT dapat dihitung usia kehamilan ibu saat ini sudah 38 minggu, usia kehamilan ibu termasuk cukup bulan untuk bersalin normal. Hal ini sesuai dengan pendapat Prawirohardjo bahwa persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.⁵

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 11 Maret 2022 ibu datang pukul 09.30 WIB dengan keluhan mulas-mulas yang menjalar ke pinggang kurang lebih 5 menit sekali disertai pengeluaran lendir darah sejak pukul 03.30 WIB. Belum merasa ingin mendedan, serta belum keluar air-air dari vagina. Keluhan yang dirasakan ibu termasuk ke dalam tanda-tanda persalinan yaitu timbulnya kontraksi uterus, dimana timbulnya rasa sakit atau nyeri abdomen oleh adanya his yang bersifat intermiten datang lebih kuat, sering, dan teratur serta keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks.⁷

Pada hasil pengkajian kala II pukul 13.30 WIB ibu mengeluh mulas dan ingin mendedan. Rasa ingin mendedan merupakan hal yang lazim terjadi atau muncul saat seorang ibu memasuki proses persalinan kala II, munculnya rasa ingin mendedan yang dialami ibu pada kala II sesuai dengan apa yang dijelaskan oleh Mochtar, yaitu saat memasuki kala II kepala janin telah turun

dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul melalui refleksi yang menimbulkan rasa ingin mengedan.⁸

Dari hasil pengkajian lainnya pada kala II pukul 14.30 WIB ibu mengeluh merasa cemas karena bayinya tidak lahir juga setelah 1 jam dari pembukaan lengkap. Rasa cemas yang dirasakan ibu dapat meningkatkan aktifitas saraf simpatik dan meningkatkan sekresi katekolamin. Sekresi katekolamin yang berlebihan akan menimbulkan penurunan efektifitas dari kontraksi uterus yang dapat memperlambat proses persalinan. Hal ini sejalan dengan penelitian Sagita tahun 2018 tentang “Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Lama Persalinan Kala II Pada Ibu bersalin di RSIA Anugerah Medical Center Kota Metro” hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 17 ibu dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 12 orang mengalami kelainan his (his tidak adekuat). Berdasarkan hal tersebut peneliti berasumsi bahwa tingkat kecemasan mempengaruhi kontraksi menjadi lemah.¹⁷

B. Data Objektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada kala I keadaan umum Ny.S baik dan TTV dalam batas normal, pada kala II pukul 13.30 WIB keadaan umum Ny.S juga masih dalam keadaan baik serta TTV dalam batas normal. Sedangkan pada kala II pukul 14.30 WIB keadaan umum dan tanda-tanda vital yang didapatkan yaitu keadaan umum Ny.S lemah, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,6⁰C, respirasi 24x/menit. Pengkajian tersebut sangat penting dilakukan, karena menurut Kurniarum, selama persalinan terjadi perubahan fisiologis pada sistem kardiovaskuler, yaitu peningkatan denyut nadi secara perlahan tapi pasti sampai sekitar 100 kali per menit pada persalinan kala II. Hal ini disebabkan karena detak jantung secara dramatis naik selama uterus berkontraksi dibandingkan sebelum persalinan, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu, sehingga akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% sampai 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% sampai 50% pada tahap kedua persalinan. Kenaikan detak jantung juga berkaitan dengan peningkatan metabolisme, metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur disebabkan oleh

kecemasan dan aktivitas otot skeletal dengan ditandai peningkatan suhu tubuh denyut nadi, pernafasan dan cairan yang hilang.⁷

Pada pemeriksaan abdomen, didapatkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) ibu 31 cm, dari TFU dapat diketahui taksiran berat badan janin Ny.S mencapai 3100 gram. Berdasarkan hasil penghitungan, taksiran berat badan janin tersebut menunjukkan ukuran janin Ny.S tidak termasuk besar dibanding riwayat persalinan anak pertama dan kedua, yang berat badan lahirnya 3500 gram dan 3200 gram, sehingga dapat dikatakan bahwa bayi ibu bukanlah pertimbangan penyebab dari terhambatnya penurunan kepala janin

Pada penghitungan his, his yang terjadi pada Ny.S sejak kala I yaitu 3x dalam 10 menit lamanya 30 detik, lemah, meskipun pada kala II terjadi peningkatan lama his yaitu pukul 13.30 WIB his 3x dalam 10 menit lamanya 35 detik, lemah dan pada Kala II pukul 14.30 WIB his 3x dalam 10 menit lamanya 40 detik, lemah, tetapi dilihat dari lama his pada Ny.S dari sejak inpartu his yang terjadi tergolong tidak adekuat, karena durasinya yang kurang dari 40 detik. Menurut kemenkes RI, menyatakan his yang tidak adekuat berkisar kurang dari 3 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik.¹⁸ Diutarakan pula oleh Prawirohardjo bahwa his yang tidak adekuat akan menghambat proses persalinan karena lemahnya his dan tenaga menyebabkan dorongan yang lemah juga, sehingga proses turunnya kepala akan berlangsung lama.⁵

Adapun faktor yang membuat his ibu lemah yaitu akibat jarak kehamilan yang cukup dekat karena rahim ibu belum pulih dengan baik serta belum siap menerima kehamilan kembali. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Fatmawati tahun 2017 tentang “Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Partus Lama di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar” bahwa hasil penelitian menunjukkan dari 32 orang dengan jarak kehamilan resiko tinggi terdapat 24 orang yang mengalami kelainan his.¹⁹

Saat pemeriksaan abdomen pada kala II pukul 14.30 WIB juga ditemukan kandung kemih penuh, kandung kemih yang penuh dapat menahan turunnya janin dan menyebabkan terhambatnya persalinan, maka pengosongan kandung kemih merupakan hal yang sangat penting dilakukan saat proses persalinan. Hal

ini didukung oleh teori Oxorn yang menyebutkan saat persalinan, pengosongan kandung kemih harus memadai karena pengosongan kandung kemih dilakukan untuk menyingkirkan salah satu penghambat turunnya kepala janin akibat kandung kemih yang penuh.²⁰ Kandung kemih yang penuh juga dapat memengaruhi kontraksi menjadi lemah. Hal ini juga sesuai dengan teori Kurniarum, bahwa kandung kemih harus dikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri.⁷

Berdasarkan pemeriksaan genetalia pada kala II, genetalia tampak vulva membuka, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, UUK depan, molase 0, hodge III. Vulva yang membuka serta portio yang tidak teraba menunjukkan ibu sudah memasuki kala II hal tersebut dijelaskan oleh JNPK-KR bahwa tanda gejala kala II adalah perineum menonjol, vulva vagina dan anus membuka, pembukaan serviks telah lengkap, atau terlihatnya bagian kepala bayi dilalui introitus vagina.⁹ Namun pada persalinan Ny.S belum didapati perineum menonjol hal ini karena penurunan kepala bayi yang masih mencapai hodge III.

C. Analisa

Dari hasil pengkajian data subjektif dan data objektif yang telah dibahas, maka didapatkan data subjektif keluhan utama Ny.S merasa mulas dan ingin meneran serta merasa cemas. Data objektif yang didapat adalah keadaan umum Ny.S lemah, nadi meningkat, his lemah, kandung kemih penuh, pemeriksaan genetalia menunjukkan ketuban utuh, pembukaan lengkap, tetapi belum terdapat penurunan kepala. Berdasarkan semua data tersebut penulis dapat merumuskan analisa kebidanan yaitu Ny.S usia 31 tahun G3P2A0 usia kehamilan 38 minggu inpartu kala II dengan kelainan his dan kepala belum turun.

D. Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil pengkajian pada kala I maka penatalaksanaan yang diberikan yaitu ibu diberitahukan hasil pemeriksaan bahwa sudah dalam waktu persalinan, kemudian menyarankan ibu agar berjalan-jalan santai agar kepala semakin turun, menganjurkan ibu untuk makan dan minum di sela his, menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK, mengajarkan ibu teknik

relaksasi, mengingatkan ibu untuk tidak mengedan sebelum pembukaan lengkap, meminta suami untuk mendampingi ibu, mempersiapkan alat persalinan, serta memantau kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin setiap 30 menit. Pada penatalaksanaan kala I sudah sesuai dengan teori asuhan persalinan normal dimana dengan memberikan asuhan sayang ibu serta memantau kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin setiap 30 menit karena sudah memasuki fase aktif.⁹

Pada penatalaksanaan kala II yaitu ibu diberitahukan bahwa sudah pembukaan lengkap tetapi kepala masih tinggi sehingga tidak dianjurkan untuk mengedan jika his belum memuncak, kemudian menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri sambil meminta suami untuk melakukan stimulasi puting susu agar merangsang kontraksi. Kemudian ibu dianjurkan minum di sela his, mengajarkan teknik relaksasi kembali, memberikan semangat serta tetap memantau kesejahteraan ibu dan janin setiap 30 menit. Penatalaksanaan tersebut sudah sesuai dengan teori asuhan persalinan normal yaitu ibu diberikan stimulasi puting susu untuk merangsang kontraksi, ibu juga tetap diberikan asuhan sayang ibu dan tetap dipantau kesejahteraan ibu serta janin setiap 30 menit.⁹ Setelah kala II berlangsung selama 1 jam, dan dilihat keadaan umum ibu lemah maka penatalaksanaan yang dilakukan yaitu ibu diberikan rehidrasi dengan RL 500 ml melalui intravena 20 tpm. Penanganan tersebut dilakukan dengan tujuanantisipasi terjadinya kegawatdaruratan pada ibu dan janin serta menambah tenaga ibu untuk meneran.

Berdasarkan hasil pengkajian lainnya yang menemukan kandung kemih ibu penuh, dilakukan tindakan kateterisasi untuk mengosongkan kandung kemih. Menurut Oxorn, pengosongan kandung kemih dengan kateterisasi dilakukan untuk menyingkirkan salah satu penghambat turunnya kepala janin akibat kandung kemih yang penuh.²⁰

Pada hasil pengkajian saat kala II didapatkan ketuban ibu belum pecah, tetapi belum dilakukan tindakan amniotomi, menurut Yulizawati salah satu syarat dilakukannya amniotomi adalah jika ketuban belum pecah dan serviks telah membuka sepenuhnya.¹² Berbeda dengan kasus ini, meskipun pembukaan sudah lengkap tetapi ketuban belum dipecahkan karena belum ada

penurunan kepala janin dan his yang ibu alami tergolong lemah sehingga dikhawatirkan dapat menyebabkan komplikasi pada janin. Setelah itu, dilakukan penanganan selanjutnya, yaitu bidan melakukan konsultasi pada dr. I SpOG mengenai kondisi Ny.S, advice yang diberikan yaitu tetap dilakukan amniotomi karena melihat fungsi ketuban yaitu untuk melumasi jalan lahir serta untuk merangsang kontraksi. Hal ini juga sesuai dengan Kemenkes RI jika terdapat gangguan power (his) sehingga menimbulkan persalinan yang lama maka dilakukan amniotomi sebagai augmentasi persalinan yang dapat merangsang rahim agar frekuensi, durasi, dan kekuatan kontraksi meningkat.¹⁸

Setelah dilakukan amniotomi pukul 14.45 WIB dan didapatkan ketuban masih jernih, pemeriksaan DJJ kembali dilakukan untuk menghindari gawat janin akibat pemecahan ketuban. DJJ ibu terpantau masih aman meskipun terjadi sedikit peningkatan yaitu 157x/menit. Selanjutnya setelah 10 menit dari dilakukannya pengosongan kandung kemih serta dipecahkannya ketuban pada Ny.S, his terpantau semakin adekuat serta adanya kemajuan persalinan yaitu penurunan bagian terendah janin di hodge IV atau setinggi ujung *os coccygis*⁷ sehingga bidan mulai mengajarkan ibu meneran dengan benar. Setelah dilakukan penatalaksanaan asuhan persalinan normal, pukul 15.00 WIB bayi lahir spontan. Setelah lahir, kondisi bayi langsung menangis, tonus otot aktif, dan warna kulit kemerahan. Dari hasil penilaian menunjukkan tidak adanya gawat janin atau komplikasi yang serius pada bayi.

Setelah pengecekan tidak adanya janin kedua, dilakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikkan oksitosin 10 IU / IM di 1/3 lateral paha luar kanan ibu, kemudian dilakukan penegangan tali pusat terkendali, setelah adanya tanda-tanda pengeluaran plasenta yaitu adanya semburan darah, tali pusat memanjang dan uterus globuler, plasenta lahir lengkap pukul 15.05 WIB, dilanjutkan dengan massase fundus uteri selama 15 detik. Penatalaksanaan kala III pada Ny.S sudah sesuai dengan teori Saifuddin dimana penatalaksanaan aktif kala III meliputi pemberian oksitosin, pengendalian tarikan pada tali pusat, dan massase uterus.¹⁰

Pada kala IV ditemukan ibu memiliki laserasi jalan lahir derajat 1 dan dilakukan penjahitan dengan anestesi lidocain 2% menggunakan benang

cutgut cromik dengan teknik tunggal pada mukosa vagina - kulit perineum. Selama kala IV persalinan dilakukan observasi meliputi tanda-tanda vital, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan perdarahan. Hal ini sangat penting dilakukan. Menurut Manuaba pimpinan kala IV terutama observasi ketat, karena bahaya perdarahan post partum primer terjadi pada dua jam pertama.⁶ Kemudian memberikan ibu therapy oral 1x500mg amoxicilin, 1x500mg paracetamol, dan 1 tablet Fe. Pemberian obat tersebut sebagai antibiotik, pereda rasa nyeri, serta penambah darah. Pada observasi kala IV hasil observasi tersebut dicatat ke dalam partograf, dimana dilakukan pemantauan 15 menit pada 1 jam pertama setelah kelahiran plasenta, dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Hasil pemeriksaan dari observasi kala IV, kontraksi baik, pengeluaran darah normal, TTV dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah pusat dan kandung kemih kosong.

Penanganan yang diberikan pada kasus Ny.S sudah sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN), hanya saja pada kala II ibu tidak langsung dilakukan amniotomi karena kepala janin yang masih belum ada penurunan serta his yang lemah, sehingga dikhawatirkan dapat membahayakan janin jika langsung dilakukan amniotomi. Hal ini pun tidak langsung dilakukan karena menurut teori Yulizawati, kontraindikasi dilakukannya amniotomi yaitu jika bagian terendah janin yang masih tinggi.¹² Sedangkan menurut teori Asuhan Persalinan Normal (APN) jika ketuban belum pecah dan ibu sudah memasuki kala II yaitu pembukaan telah lengkap maka seharusnya langsung dilakukan amniotomi agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya.⁹

E. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat

Selama dilakukan asuhan kebidanan pada Ny.S usia 31 tahun G3P2A0 di PMB N ini penulis menemukan faktor yang mendukung dan menghambat terlaksananya asuhan kebidanan, yaitu sebagai berikut :

1. Faktor Pendukung

Klien dan keluarga sangat terbuka dan kooperatif dalam menerima asuhan yang diberikan, adanya kerjasama yang baik dengan bidan di PMB N serta terdapat sarana dan prasarana yang memadai selama pemberian asuhan kebidanan persalinan dengan adanya dr.SpOG yang memudahkan penulis dan bidan konsultasi dengan cepat.

2. Faktor Penghambat

Penulis kesulitan dalam melakukan kunjungan rumah secara langsung pada Ny.S karena terkendala jarak rumah yang cukup jauh sehingga kunjungan nifas 2 minggu dilakukan secara online melalui *video call* *whatsApp*.