

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. A
DENGAN PERSALINAN KALA I MEMANJANG
DAN BY. NY. A DI WILAYAH
KOTA PONTIANAK**

Lisa Arianti¹, Eka Riana², Yetty Yuniarty².

¹Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

²Dosen Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak
Jl. Ampera No. 9 Telp (0561) 6655112, 6655114/ Fax. (0561) 6655115

e-mail : ariantilisa999@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) yang telah dipublikasikan pada tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai angka 289.000 jiwa. Di mana terbagi atas beberapa negara, antara lain Amerika Serikat mencapai 9.300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa (Warta Kesehatan, 2015). Pada Angka Kematian Bayi (AKB) secara global menurun menjadi 32 per 1.000 Kelahiran Hidup (KH) pada tahun 2015. Persalinan kala I memanjang salah satu penyebab langsung dari kematian ibu, berdasarkan data *International NGO on Indonesia Development* (INFID) pada tahun 2013, angka kejadian persalinan kala I memanjang di Indonesia sebesar 5% dari seluruh penyebab kematian ibu (Fransiska Tesnawati, 2010).

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. A dengan persalinan kala I memanjang dan By. Ny. A di wilayah Kota Pontianak.

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus.

Hasil Penelitian: Proses asuhan kebidanan komprehensif yang diterapkan kepada Ny. A dengan persalinan kala I memanjang didapatkan hasil dari pasien dalam keadaan normal.

Simpulan: Dengan diterapkan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A dengan persalinan kala I memanjang dan By. Ny. A telah didapatkan hasil yang diharapkan yaitu ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan Komprehensif, Kala I Memanjang.

PENDAHULUAN

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) yang telah dipublikasikan pada tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai angka 289.000 jiwa. Di mana terbagi atas beberapa negara, antara lain Amerika Serikat mencapai 9.300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa (Warta Kesehatan, 2015). Pada Angka Kematian Bayi (AKB) secara global menurun menjadi 32 per 1.000 Kelahiran Hidup (KH) pada tahun 2015 (WHO, 2016).

Pada tahun 2016 (WHO, 2016). Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan hasil Survei Penduduk Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Begitu pula dengan Angka Kematian Bayi di Indonesia juga menunjukkan penurunan menjadi 22,23 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes, RI, 2015). Beberapa faktor penyebab langsung kematian ibu masih didominasi oleh pendarahan 28% dan sebab lain yaitu preeklamsi 24%, infeksi 11%, partus lama 5% dan kematian bayi karena asfiksia (40%), BBLR dan premature (25%) dan infeksi, dan lain-lain (35%). Sedangkan faktor tidak langsung penyebab kematian ibu “4 Terlalu” dan “3 Terlalu”. Empat terlalu antara lain mengenai tanda bahaya dalam memutuskan dirujuk ke fasilitas kesehatan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan (Depkes RI, 2016).

Persalinan kala I memanjang salah satu penyebab langsung dari kematian ibu, berdasarkan data *International NGO on Indonesia Development* (INFID) pada tahun 2013, angka kejadian persalinan kala I memanjang di Indonesia sebesar 5% dari seluruh penyebab kematian ibu (Fransiska Tesnawati, 2010).

Tingginya Angka Kematian Ibu saat ini masih sangat jauh dari target yang ingin dicapai SDG's, yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2015). Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi masih jauh dari target SDG's pada tahun 2012, Angka Kematian Bayi di Indonesia sebesar 32 per

1.000 kelahiran hidup dan Kalimantan Barat sebesar 7,6 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kalimantan Barat, 2016). Target dari SDG's pada tahun 2030, mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan berusaha menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup, dan angka kematian balita 25 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan kasus kematian maternal yang terjadi pada tahun 2017 di Provinsi Kalimantan Barat, tercatat sebanyak 98 kasus kematian ibu. Sehingga jika dihitung angka kematian ibu maternal dengan jumlah kelahiran hidup 86.72, maka kematian ibu maternal di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2016 adalah sebesar 113 per 100.000 kelahiran hidup. Kasus kematian Ibu Maternal terbesar ada di Kabupaten Sanggau, yaitu sebesar 15 Ibu Maternal dan terkecil ada di Kabupaten Kapuas Hulu, yaitu sebesar 2 ibu maternal (Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, 2017).

Namun demikian, jika merujuk pada data profil kesehatan kabupaten/ kota yang masuk di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, terlihat bahwa kasus kematian bayi yang dilaporkan pada tahun 2017 adalah sebesar 692 kasus dengan 86.572 kelahiran hidup. Sehingga dengan demikian jika dihitung angka kematian bayinya adalah 8 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, 2015).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian secara komprehensif yaitu: “Bagaimanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A dengan persalinan kala I memanjang dan By. Ny. A di Wilayah Kota Pontianak?.”

METODE

Metode deskriptif yaitu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara obyektif. Menjelaskan studi kasus yang diusulkan tersebut ke dalam jenis atau metode yang

mana tentang penelitian yang diusulkan tersebut (Hutahaean, 2013). Studi kasus untuk mempelajari tentang asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A.

Subjek dalam penelitian ini yang diambil adalah pasien Ny. A dengan persalinan kala I memanjang. Tempat penelitian di Puskesmas Gang Sehat. Waktu penelitian dimulai dari kehamilan sampai dengan nifas yaitu dari tanggal 25 November 2019 sampai dengan tanggal 01 April 2020.

Data yang diperoleh terbagi atas dua yaitu (Setiawan dan Saryono, 2011):

1. Data primer

Data primer di dapat melalui wawancara kepada Ny. A dan dilakukan observasi.

2. Data sekunder

Studi dokumentasi melalui catatan rekam medis pasien dan studi kepustakaan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Data subjektif

Pada kala I Ny. A mengeluh mulas, hal tersebut sesuai dengan teori, menurut Jannah (2015) kontraksi yang semakin sering dan bertahan lama, keluarnya lendir yang disertai darah, keluarnya cairan yang banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir jika ketuban sudah pecah, merupakan tanda gejala kala I.

Pada kala II Ny. A mengeluh mulas sering dan kuat serta ada rasas ingin meneran, hal tersebut sesuai teori, menurut Widia (2015) Kala II atau kala pengeluaran dan pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi yaitu: His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya pada rektum dan vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan spingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lender dan darah merupakan tanda gejala pada kala II.

Pada kala III Ny. A mengeluh perut terasa mulas dan senang atas kelahiran bayinya, hal tersebut sesuai dengan teori, menurut Ina Kuswanti

(2014) kala III/ kala uri dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Otot uterus (myometrium) berkontraksi mengikuti berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Kontraksi Rahim akan mengurangi area pelekatan plasenta ini, karena Rahim bertambah kecil dan dinding bertambah tebal kontraksi tadi menyebabkan bagian yang longgar dan lemah dari ujung plasenta pada dinding Rahim, bagian ini akan terlepas, mula-mula sebagian dan kemudian seluruhnya, tanda gejala kala III.

Pada Kala IV Ny. A mengatakan nyeri pada jalan lahir, menurut Widia (2015) mulas yang dirasakan ibu adalah karena proses involusi uteri, ini merupakan perubahan fisiologi pada ibu masa nifas, tanda gejala kala IV.

2. Data Objektif

Pada pemeriksaan didapatkan hasil pemeriksaan penurunan kepala pada kala I 4/5 bagian masuk PAP dan pada kala II 3/5 bagian masuk PAP. Penurunan kepala ini disebabkan karena adanya kontraksi pada segmen atas Rahim dan relaksasi pada segmen bawah Rahim sehingga mendorong janin ke bagian bawah (Prawirohardjo, 2010). Pada hasil temuan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada data objektif pemeriksaan DJJ didapatkan hasil normal. Hal ini sesuai dengan teori yaitu DJJ normal bayi 120-160 kali/menit. (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2012). Pada hasil temuan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada data objektif pemeriksaan his didapatkan hasil 2x/10 menit lamanya 30 detik pada kala I dan setelah diobservasi selama 8 jam his menjadi 3x/10 menit lamanya 30 detik/belum adekuat sehingga persalinan kala I memanjang, sedangkan menurut teori his yang adekuat lamanya >40 detik. Pada data objektif didapatkan hasil lama kala I (dari Ø 4 cm sampai dengan Ø lengkap) berlangsung selama 14 jam 35 menit. Pada persalinan dengan kala I memanjang adalah persalinan yang fase latennya berlangsung lebih dari 8 jam dan fase aktif laju pembukaannya tidak adekuat atau bervariasi; kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan;

kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan kurang dari 1,5 per jam pada multipada; lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm per jam). Insiden ini terjadi pada 5 persen persalinan dan pada primigravida insidensinya dua kali lebih besar dari pada multigravida (Saifuddin, 2010). Pada kala I tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada data objektif didapatkan hasil lama kala II adalah 37 menit dan ibu mengatakan mulas-mulas yang semakin sering dan ada rasa ingin meneran, menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2012) kala II atau kala pengeluaran dan pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkat pada rectum dan vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol.
- e. Vulva dan spingter ani terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Pada kala II tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada data objektif kala III berlangsung selama 5 menit dan tinggi fundus uteri setinggi pusat. Kala III atau kala uri dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung 30 menit. Pada saat bayi dilahirkan, uterus secara spontan berkontraksi keras dengan nisa yang sudah kosong. Rongga uterus hampir terobliterasi dan organ ini berupa suatu massa otot yang hampir padat. Dengan tebal beberapa sentimeter di atas segmen bawah yang lebih tipis. Fundus uteri yang terletak disekitaran batas ketinggian umbilicus ini dikarenakan penyusunan yang mendadak dan disertai dengan pengurangan bidang tempat implantasi plasenta (Prawirohardjo, 2010). Pada keluhan ibu kala III tidak ada kesenjangan teori dan kasus.

Pada data objektif kala IV, ibu mengalami robekan jalan lahir maka periksa daerah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, vagina akan mengalami peregangan oleh kemungkinan odema dan lecet. Introitus vagina juga akan tampak terbuka. Sedangkan vulva bias berwarna merah, bengkak dan

mengalami lecet. Untuk mengetahui ada tidaknya trauma atau hemoroid yang keluar, maka periksa anus dengan rectal toucher.

3. Analisis Persalinan

Analisis ditegaskan berdasarkan data subjektif dan objektif tidak ada masalah dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

Pada kala I Ny. A dianjurkan untuk posisi berjongkok. Posisi berjongkok dapat membantu memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan untuk meneran. Posisi jongkok dapat memudahkan dalam pengosongan kandung kemih, jika kandung kemih penuh dapat memperlambat penurunan bagian bawah janin (Sumarah, 2010).

Menurut Saifuddin (2010) dan Oxorn (2010), penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala I lama yaitu:

- a. Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya.
- b. Tentukan keadaan janin: periksa DJJ selama atau segera sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif.
- c. Jika terdapat gawat janin lakukan *sectio caesarea* kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forceps.
- d. Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.
- e. Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin.
- f. Perbaiki keadaan umum dengan:
 - 1) Beri dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.
 - 2) Pemberian intake cairan sedikitnya 2.500 ml per hari. Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urine harus dicegah.
- g. Apabila kontraksi tidak adekuat.
 - 1) Menganjurkan untuk mobilisasi dengna berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.

- 2) Rehidrasi melalui infus atau minum.
 - 3) Merangsang puting susu.
- h. Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.
- 1) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan *sectio secarea*.
 - 2) Apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.
 - 3) Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc sekstrosta atau NaCL, berikan intravena dengan kecepatan 20 tetes permenit (Sarwono, 2014). Pada penatalaksanaan ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kala II Ny. A dilakukan tindakan episiotomi atas indikasi perineum kaku. Hal ini sesuai dengan teori bahwa indikasi dari episiotomi yaitu gawat janin persalinan pervaginam dengan penyulit, jaringan parut, perineum kaku dan pendek, adanya ruptur yang membakat serta prematur. Adapun tujuan episiotomi pada kasus ini yaitu untuk mempercepat kala II dan mengendalikan robekan perineum agar mudah dijahit (Manuaba, 2012). Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kala III berlangsung selama 5 menit. Hal ini masih normal. Kala III persalinan dimulai setelah kelahiran janin dan melibatkan pelepasan dan ekspulsi plasenta (Prawirihardjo, 2010). Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kala IV dilakukan penjahitan menggunakan lidokain dikarenakan ibu dilakukan episiotomi. Penatalaksanaan ini sudah sesuai dengan prosedur, karena tujuan penjahitan laserasi atau episiotomi adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (memastikan hemostasis) (Marmi, 2012). Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A dengan kala I memanjang dan By. Ny. A menggunakan 7 langkah varney dimulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi serta pengkajian

asuhan kebidanan komprehensif pada penatalaksanaan yang diberikan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Penelitian selanjutnya disarankan untuk Puskesmas diharapkan memiliki prosedur tetap mengenai penatalaksanaan kala I memanjang serta agar memiliki prosedur tetap untuk pemberian metode pemberian cairan infus dalam mengantisipasi dehidrasi pada pasien.

REFERENSI

1. Depkes RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta.
2. Dinas Kesehatan Kalimantan Barat. 2015. Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat.
3. Dinas Kesehatan Kalimantan Barat. 2017. Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat.
4. Fransiska Tesnawati. 2010. Asuhan Kebidanan. Jakarta: Prestasi Pustaka.
5. Hutahean, S. 2013. Perawatan Antenatal. Jakarta: Salemba Medika.
6. Jannah. 2015. ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi. Jakarta: ECS RI.
7. Kementerian Kesehatan RI. 2015. Profil Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
8. Kuswati Ina, Melika Fitriani. 2014. ASKEB II Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
9. Manuaba. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana. Jakarta: EGC.
10. Manuaba. 2012. Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: EGC.
11. Marmi. 2015. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas “Puerperium Care”. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
12. Notoatmodjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
13. Oxorn H. 2010. Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika.
14. Prawirohardjo Sarwono. 2010. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Bina Pustaka.

15. Saifudin, Abdul Bari. 2010. Ilmu Kebidanan Pada Kehamilan Fisikologis. Jakarta: Salemba Medika.
16. Setiawan dan Saryono. 2011. Metodologi dan Aplikasi. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
17. Sulistyawati. 2012. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan. Jakarta: Salemba Medika.
18. Sumarah. 2010. Perawatan Ibu Bersalin. Yogyakarta: Fitramaya.
19. WHO. 2016. Maternal Mortality: World Health Organization.
20. Widia Sofa. 2015. Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika.

