

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Kehamilan**

Data subjektif dan objektif yang diperoleh pada kontak pertama dengan pasien pada tanggal 28 Januari 2016 di Puskesmas Kraton didapatkan Ny. SH G3P2A0Ah2 usia 36 tahun dengan usia kehamilan 32 minggu lebih 2 hari memiliki riwayat persalinan seksio sesarea pada kehamilan pertama tahun 2010. Usia Ny. SH yang lebih dari 35 tahun dan memiliki riwayat persalinan seksio sesarea merupakan faktor risiko yang dapat mempengaruhi proses kehamilan persalinan, nifas hingga bayi baru lahir. Menurut Roedjati (2011), seorang wanita yang pernah melahirkan secara seksio sesarea dan usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko yang perlu diwaspadai. Varney, dkk (2006) juga menegaskan bahwa usia ibu dan riwayat obstetri sebelumnya perlu dikaji dalam pemeriksaan antenatal untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas hingga bayi baru lahir.

Data subjektif dan objektif yang diperoleh selama pemantauan kehamilan menunjukkan ibu tidak memiliki keluhan, ibu lebih cenderung menikmati masa kehamilan ini dan melakukan kegiatan rumah tangga ringan sehari-hari. Hal ini sesuai dengan Rochjati (2011) menjelaskan bahwa seorang ibu hamil dengan faktor risiko usia lebih dari 35 tahun dan riwayat seksio sesarea cenderung selama kehamilannya sehat tanpa

ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan. Menurut Cunningham, dkk (2013) beberapa penelitian menunjukkan bahwa kehamilan setelah usia 35 tahun menyebabkan terjadi peningkatan risiko obstetrik serta morbiditas dan mortalitas perinatal. Penelitian yang dilakukan Khalil, dkk (2013) juga menunjukkan bahwa usia maternal, karakteristik maternal dan riwayat obstetri yang buruk dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan. Usia maternal yang terlalu tua dapat menjadi faktor risiko keguguran, pre-eklamsia, usia kehamilan yang kurang, diabetes melitus gestasional dan operasi seksio sesarea. Seorang wanita yang memiliki riwayat persalinan seksio sesarea jarang mengalami keluhan selama kehamilan namun, Laura Humphrey (2010) menyebutkan ibu yang memiliki riwayat operasi sesar yang akan melakukan operasi sesar ulang ataupun *trial of labour after cesarean* (TOLAC) memiliki risiko berupa perdarahan maternal, infeksi, cedera operasi, gangguan pembekuan darah, histerektomi, dan kematian pada kehamilan selanjutnya. Oleh karena itu pemantauan yang berkala dan penanganan yang tepat pada masa kehamilan sangat penting untuk mencegah komplikasi yang kemungkinan dapat terjadi.

Penatalaksanaan yang dilakukan selama masa kehamilan antara lain (1) Mengajak ibu untuk ikut kelas ibu secara rutin; (2) Meminta ibu melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin sesuai dengan pedoman antenatal terpadu yang di dalamnya termasuk pemeriksaan laboratorium

dan pemeriksaan USG serta pemberian KIE tentang tanda persalinan dan bahaya kehamilan terkait dengan faktor risiko usia lebih dari 35 tahun dan riwayat sc ; (3) Bersama dengan ibu dan suami merencanakan persalinan yang aman. Penatalaksanaan ini telah sesuai dengan penatalaksanaan untuk kasus kehamilan dengan usia ibu lebih dari 35 tahun dan riwayat sc menurut Rochjati (2011). Menurut Kemenkes RI, (2013) keputusan cara persalinan pada pasien dengan riwayat seksio sesarea disetujui oleh pasien dan dokternya sebelum waktu persalinan yang diperkirakan/ditentukan (ideal pada usia kehamilan 36 minggu). Keputusan mengenai cara persalinan ini mempertimbangkan risiko yang dapat terjadi pada ibu maupun janin.

Hasil diskusi dengan ibu dan suami telah ditentukan bahwa ibu berencana untuk bersalin pervaginam atau VBAC di Rumah Sakit Kota Yogyakarta setelah mempertimbangkan hasil pemeriksaan fisik, riwayat operasi seksio sesarea yang lalu serta keadaan ibu. Ibu pernah menjalani satu kali persalinan seksio sesarea karena KPD pada kehamilan pertama dan tidak mengalami komplikasi selama operasi maupun nifas, hasil pemeriksaan menunjukkan persentasi kepala janin (verteks), tidak ada kecurigaan disproporsi sefalopelvik karena ibu pernah menjalani persalinan VBAC juga pada kehamilan kedua pada 2012. Selain itu di Rumah Sakit Kota Yogyakarta juga terdapat fasilitas untuk seksio sesarea darurat. Hal ini sesuai dengan Kemenkes RI, (2013) keputusan mengenai cara persalinan mempertimbangkan risiko yang dapat terjadi pada ibu

maupun janin. Persalinan pervaginam (*vaginal birth after cesarean section*, VBAC) pada kehamilan dengan riwayat seksio sesarea dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bila berikut ini dipenuhi: (1) Hanya pernah 1 (satu) kali seksio sesarea transversal pada segmen bawah, tanpa komplikasi; (2) presentasi janin verteks normal; (3) tidak ada kecurigaan disproporsi sefalopelvik; (4) ada fasilitas untuk seksio sesarea darurat.

Asuhan yang diberikan selama kehamilan telah sesuai dengan kebutuhan ibu dan teori. Selain itu asuhan yang diberikan sesuai dengan alur flowchat yang digambarkan pada tinjauan teori.

## **B. Persalinan**

Tanggal 28 Februari 2016 pukul 15.39 WIB Ny. SH usia 36 tahun G3P2Ab0Ah2 UK 37 minggu datang ke Rumah Sakit Kota Yogyakarta dengan suami. Data subjektif, ibu mengatakan mulai merasakan kenceng-kenceng pada pukul 10.00 WIB dan keluar lendir darah sejak pukul 07.00 WIB. Hal ini sesuai dengan Varnney, (2006) menyebutkan tanda dan gejala persalinan antara lain perasaan distensi abdomen berkurang (*lightening*), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah dini, *bloody show* atau keluar lendir darah, lonjakan energi dan gangguan pada saluran cerna.

Pada kala I tidak ditemukan tanda-tanda ruptur uteri. Mengacu pada buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan (Kemenkes RI, 2010) pasien yang memiliki bekas seksio sesarea,

risiko terjadinya ruptura uteri lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat. Namun pada Ny. SH dengan riwayat sc ini tidak ditemukan tanda-tanda ruptur uteri jadi dapat menjalani persalinan secara VBAC.

Analisa mengacu standar II Kepmenkes Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 yaitu Ny. SH umur 36 tahun G3P2Ab0Ah2 usia kehamilan 37 minggu janin tunggal, intrauterine hidup, presentasi kepala, punggung kiri dalam kala I fase aktif dengan faktor risiko usia lebih dari 35 tahun dan riwayat sc. Hal ini di dukung dari data subjektif dan objektif seperti hasil pemeriksaan dalam yang dilakukan menunjukkan bahwa pembukaan serviks 6 cm. Sesuai dengan Varney, (2006) kala 1 terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif. Sedangkan fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup fase transisi.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada kala I adalah observasi keadaan umum, vital sign (meliputi tekanan darah, suhu, nadi), denyut jantung janin, kontraksi, pembukaan serviks, penurunan kepala, dan warna cairan amnion, infomed consent kepada pasien dan keluarga, pemasangan infus RL, pengambilan sampel darah untuk dilakukan pemeriksaan darah

meliputi CTBT, GDS, HBSAg, rapid test dan pemindahan ibu ke ruang bersalin. Penatalaksanaan tersebut sesuai dengan Kemenkes RI, (2013) bahwa ketika syarat VBAC terpenuhi maka dapat dilakukan persalinan pervaginam seperti wanita dengan persalinan normal. Pemantau ibu dengan dilakukan dengan partograf dan awasi secara ketat ketika dilakukan VBAC. Segera lakukan seksio sesarea jika didapati kondisi: (1) Persalinan melampaui garis waspada dan dicurigai adanya obstruksi atau disproporsi pelvik; (2) Ada tanda-tanda ruptura uteri: perdarahan, denyut nadi  $>100x$ /menit, nyeri menetap di abdomen dan/atau suprapubik, serta gawat janin. *Government of Western Australia Department of Health* (2015) juga menegaskan bahwa pemeriksaan dalam pada VBAC dilakukan minimal setiap 3 jam pada fase aktif dan lebih sering saat mendekati dilatasi maksimal. Pembukaan serviks minimal 1 cm tiap jam pada fase aktif. Pemantauan juga dilakukan pada denyut jantung janin, bila terdapat abnormalitas segera diskusikan dengan dokter spesialis obstetri untuk tindakan segera.

Pada pukul 16.00 ibu mengeluh kontraksi semakin kuat dan ada dorongan ingin meneran. Hasil pemeriksaan yang dilakukan menunjukkan bahwa pembukaan telah lengkap dan kepala janin sudah berada di Hodge III. Pada pukul 16.10 keluar cairan ketuban diikuti kontraksi yang semakin meningkat. Hal tersebut sesuai dengan Varney, (2006) yang menjelaskan bahwa kala 2 dimulai ketika dilatasi serviks lengkap dan berakhir dengan kelahiran janin. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi. Dalam kondisi

yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul. Selama kala dua persalinan, intensitas kontraksi meningkat, berlangsung selama 50 sampai 70 detik, dan terjadi pada interval 2 atau 3 menit. Jika ketuban belum pecah, maka pecah ketuban sering kali terjadi pada awal kala ini, dengan semburan cairan ketuban yang membungkus kepala bayi baru lahir. Setelah dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal pada kala II, III dan IV yang tergabung dalam 58 langkah APN (Asuhan Persalinan Normal) bayi lahir dengan selamat pada pukul 16.25 WIB dan dilanjutkan dengan melakukan IMD pada bayi. Plasenta lahir lengkap pada pukul 16.28 WIB selanjutnya dilakukan eksplorasi untuk mengetahui ada tidaknya sisa plasenta di dalam uterus. Perinium utuh, tidak terjadi ruptur pada jalan lahir. Selanjutnya dilakukan pemantauan kala IV sesuai dengan 58 langkah APN.

Eksplorasi yang dilakukan untuk pada pasien VBAC sebenarnya tidak dianjurkan. Hal ini seperti yang ditulis oleh *Government of Western Australia Department of Health* (2015) menegaskan bahwa eksplorasi uterus yang dilakukan untuk mendeteksi sisa bekas penempelan plasenta sebaiknya tidak dilakukan karena dapat meningkatkan risiko infeksi puerperium. Pemantauan kala IV pada pasien VBAC dilakukan seperti halnya pemantauan pada persalinan normal sudah sesuai dengan teori hanya saja perlu diawasi jika terdapat tanda-tanda ruptur uterus. Menurut Kemenkes RI, (2013) pada bekas seksio sesarea, risiko terjadinya ruptura

uteri lebih tinggi sehingga perlu dilakukan pengawasan secara ketat saat kehamilan dan proses persalinan.

### **C. Bayi Baru Lahir**

Bayi lahir pada tanggal 28 Februari 2016 pukul 16.25 WIB lahir pada usia kehamilan 37 minggu, air ketuban jernih, saat lahir langsung menangis dan gerakannya aktif. Setelah dilakukan penilaian awal bayi dan hasilnya bayi lahir normal segera dilakukan manajemen bayi baru lahir normal. Hasil ini sesuai dengan bagan alur manajemen bayi baru lahir yang dikeluarkan Kemnkes RI (2010) dimana setelah dilakukan penilaian dan hasilnya bayi baru lahir normal maka dilakukan manajemen bayi baru lahir. Adapun manajemen yang dilakukan pihak rumah sakit sama dengan manajemen yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI (2010) yaitu: (1) Menjaga bayi tetap hangat; (2) Isap lendir dari mulut dan hidung ( hanya jika perlu ); (3) Keringkan; (4) Pemantauan tanda bahaya; (5) Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir; (6) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini; (7) Beri suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini; (8) Beri salep mata antibiotika pada kedua mata; (9) Pemeriksaan fisis; (10) Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 mL intramuskular, di paha kanan anteroleteral, kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.

Kunjungan neonatal dilakukan sebanyak tiga kali. Pada kunjungan pertama dilakukan sebelum 6 jam setelah lahir saat keadaan bayi telah



stabil, pada usia 8 hari dan 15 hari. Pada tanggal 29 Februari 2016 jam 07.30 WIB dari data subjektif dan objektif didapatkan data bayi menangis kuat, gerakan aktif, menyusu kuat, tidak terdapat sianosis, sudah BAK dan BAB, suhu 37 °C, pernafasan 42 x/menit, *heart rate* 138 x/menit. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah menjaga termoregulasi, monitoring keadaan umum dan tanda vital, dan monitoring menyusu. Pada kunjungan 7 Maret 2016 dari data subjektif dan objektif didapatkan data bayi menangis kuat, gerakan aktif, menyusu kuat, tidak terdapat sianosis, bayi tidak ikterik, berat badan sekarang 3060 gram, suhu 36,4 °C, pernafasan 56 x/menit, *heart rate* 140 x/menit. Pada tanggal 14 Maret 2016 dari data subjektif dan objektif dilakukan pemeriksaan didapatkan data bayi menangis kuat, gerakan aktif, menyusu kuat, tidak terdapat sianosis, bayi tidak ikterik, berat badan sekarang 3500 gram, suhu 36,4 °C, pernafasan 48 x/menit, *heart rate* 138 x/menit. Penatalaksanaan yang dilaksanakan pada kedua kunjungan ini telah sesuai dengan panduan penatalaksanaan kunjungan neonatal yang dikeluarkan Kemenkes RI (2010).

#### **D. Nifas**

Pada tanggal 28 Februari 2016 jam 21.00 WIB didapatkan data subjektif dan objektif didapatkan data ibu dalam keadaan normal dilihat dari keadaan umum, tanda vital, kontraksi, perdarahan. Pada penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan asuhan nifas sesuai dengan

rekomendasi Kemenkes RI (2010) namun dilakukan juga USG untuk melihat kondisi uterus dan pemberian terapi sesuai dengan ajuran dokter. Menurut Saifudin, (2009) pemeriksaan USG tidak perlu dilakukan jika tidak ada indikasi. Pada tanggal 7 Maret 2016 dilakukan kunjungan nifas ke 2 dan pada tanggal 14 Maret 2016 dilakukan kunjungan nifas ke 3 serta kunjungan nifas ke 4 dilakukan bersamaan dengan imunisasi BCG. Semua penatalaksanaan yang dilakukan pada kunjungan nifas telah sesuai dengan penatalaksanaan yang sesuai dengan anjuran Kemenkes RI (2010). Menurut Varney (2006) seorang ibu yang melahirkan dengan riwayat sc akan mengalami masa nifas seperti halnya nifas normal hal ini terjadi karena ibu melewati persalinan seperti persalinan normal. Hasil penelitian *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* (2015) juga memperkuat bahwa masa nifas ibu yang menjalani VBAC akan mengalami pospartu seperti halnya wanita normal. Pada kunjungan nifas ke 4 ibu berencana untuk melakukan suntik KB suntik 3 bulan atau DMPA namun ibu mengatakan akan melakukan suntik KB setelah selesai siklus haid pertama setelah masa nifas. Ibu sudah memiliki niat untuk mengikuti suntik KB progestin. Hasil penapisan pada berdasarkan kriteria WHO (2015) didapatkan pada ibu yang memiliki usia 35 tahun dan riwayat sc sebelumnya tidak memiliki kontraindikasi dengan alat kontrasepsi apapun. Usia ibu yang lebih dari 35 tahun menambah risiko untuk terjadinya kanker ditambah lagi dengan penggunaan kontrasepsi hormonal yang dapat mempengaruhi kerja hormon dalam tubuh. Jenna, McNaught *and*

Robert L. Reid,. (2006) menegaskan bahwa penggunaan DMPA tidak meningkatkan risiko kanker payudara pada populasi umum. *Guideline* tersebut juga merekomendasikan penggunaan DMPA pada orang yang memiliki risiko kanker dianggap lebih besar manfaat secara kontrasepsi dari pada potensi untuk menyebabkan kanker. Pada akhirnya ibu melakukan suntik KB 3 bulan atau DMPA pada 20 April 2016. Asuhan keluarga berencana yang diberikan pada Ny SH telah sesuai dengan penapisan dan kebutuhan ibu sehingga telah sama dengan gambaran pada *flowchat*.