BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas mengenai apa saja yang dilakukan selama melaksanakan asuhan kebidanan Intranatal Care (INC). Kegiatan asuhan kebidanan ini dilakukan pada Ny. M, 33 tahun dengan Retensio Plasenta di Praktik Mandiri Bidan E Kota Bogor, yang dilaksanakan tanggal 9 April 2021. Kesesuaian serta kesenjangan-kesenjangan pada Ny. M akan penulis uraikan pada bab ini.

A. Kala I

1. Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah diperoleh dari Ny. M pada tanggal 09-04-2021, ibu mengaku hamil 9 bulan, HPHT: 05-07-2020. TP: 12-04-2021. Dihitung dari pengakuan HPHT, usia kehamilan ibu sekarang 39 minggu 3 hari. Ibu mengatakan mulas sejak pukul 23.00 WIB, mulas dirasakan semakin kuat dan teratur, sudah ada pengeluaran lendir darah tetapi belum keluar air-air dari kemaluannya.

Menurut teori bahwa usia kehamilan semakin besar dan mengalami penurunan kadar progesterone yang menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Berdasarkan teori oxytocin bahwa pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim. Mulas juga dapat terjadi karena pengaruh janin, dan juga teori prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.[4]

Menurut teori, data subjektif yang didapatkan yaitu akan timbul rasa sakit atau nyeri abdomen karena adanya his yang bersifat intermiten datang lebih kuat, sering, dan teratur, keluar lendir bercampur darah (*bloody show*).[3] Pada pengkajian yang diperoleh, ibu sudah ada tanda-tanda persalinan yang sesuai dengan teori.

2. Objektif

Hasil pemeriksaan fisik pada Ny. M pukul keadaan umum ibu tampak kesakitan, kesadaran composmentis, Tanda-tanda Vital dalam batas normal.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil inspeksi: tidak terdapat luka bekas operasi. Palpasi: TFU setinggi 2 jari dibawah Prosesus Xifoideus, dimana TFU sesuai dengan usia kehamilan 39 minggu, teraba bagian keras, bulat, tidak melenting di fundus, teraba bagian-bagian kecil di bagian kiri, teraba punggung di bagian kanan (puka), bagian terendah janin kepala, sudah tidak dapat digoyangkan, divergen, perlimaan 2/5. His 3 kali dalam 10 menit lamanya 40 detik. Kandung kemih kosong. Auskultasi: DJJ 140x/menit, teratur dan kuat. TBJ: (34-12)x155= 3.410 gram. Pemeriksaan abdomen dalam batas normal.

Pada pemeriksaan genetalia didapatkan data yaitu terdapat pengeluaran lendir darah, tidak terdapat varises, tidak terdapat pembengkakan kelenjar skene dan kelenjar bartholin, portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, ketuban positif, Hodge-III, ubun-ubun kecil depan tidak ada moulage. Menurut teori pada pemeriksaan dalam ditemukan serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).[3] Dari teori dan data yang didapatkan bahwa ibu sudah memasuki tanda-tanda persalinan.

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegakkan analisa “Ny. M usia 33 tahun G3P2A0 usia kehamilan 39 minggu 3 hari inpartu Kala I fase aktif, janin tunggal hidup, presentasi kepala, keadaan janin baik”.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pertama yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu sudah memasuki proses persalinan. Mengajarkan ibu teknik rileksasi dan menganjurkan ibu untuk mengatur napas diantara his dan tidak memperbolehkan ibu untuk meneran, Untuk menghindari adanya penghambat persalinan karena dehidrasi maupun

keadaan kandung kemih yang penuh sehingga proses penurunan janin terhambat. Memberikan ibu dukungan untuk tetap semangat menghadapi proses persalinan, menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi dan hidrasinya, dan untuk tidak menahan BAK maupun BAB. Membantu ibu memilih posisi yang nyaman, memantau kesejahteraan ibu dan janin setiap 30 menit. Data perkembangan terlampir pada partograf.

Menurut teori Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan seperti memberi dukungan dan yakinkan dirinya, berikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sesitif terhadap perasaannya. Jika ibu tampak kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan seperti bantu ibu memilih posisi yang diinginkan, tetapi jika ibu ingin ditempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring kiri, selain itu ajarkan kepadanya teknik bernapas seperti ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian lepaskan dengan cara meniup udara ke luar sewaktu terasa kontraksi.

Penolong menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin ibu. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.[3] Penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yang ada.

B. Kala II

1. Subjektif

   Pada pukul 05.00 WIB (10 April 2021) ibu memasuki kala II ibu mengeluh mulasnya semakin terasa sering dan bertambah sakit. Menurut teori salah satu gejala-gejala Kala II adalah: His, menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.[4] Data yang didapat sudah sesuai dengan teori yang ada.

2. Objektif

   Pukul 05.00 WIB dilakukan pemeriksaan kembali karena ibu mengatakan mulasnya semakin kuat, didapat bahwa ketuban masih utuh

kemudian dilakukan amniotomi, saat dilakukan pemeriksaan didapat pengeluaran lendir bercampur darah semakin banyak dan pada saat pemeriksaan dalam portio sudah tidak teraba, pembukaan lengkap, Hodge III-IV, ubun ubun kecil kanan depan, tidak ada moulage. Terdapat tekanan anus/anus terbuka.

Sesuai teori yang ada bahwa tanda gejala kala II yaitu memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.[13] His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama < 40 detik, datangnya tiap 2-3 menit, pasien mulai mengejan, pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul perineum menonjol, vulva membuka dan adanya tekanan pada anus.[4]

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegakkan analisa "Ny. M usia 34 tahun inpartu kala II, janin hidup".

4. Penatalaksanaan

Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu sudah pembukaan lengkap dan akan dipimpin bersalin. Akan tetapi dikarenakan ketuban yang masih utuh maka dilakukan amniotomi. Menurut teori Amniotomi dilakukan ketika selaput ketuban masih tetap utuh sampai calon bayi memasuki kala dua persalinan. Amniotomi atau pemecahan ketuban merupakan salah satu bentuk induksi persalinan. Dengan keluarnya sebagian air ketuban, terjadi pemendekan otot rahim sehingga otot rahim lebih efektif berkontraksi.[4] Menurut teori, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membran yang normal terjadi pada kala I persalinan. Hal ini terjadi pada 12% wanita, dan lebih dari 80% wanita akan memulai persalinan secara spontan dalam 24 jam.[13] Penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yang ada.

C. Kala III

1. Subjektif

Ibu merasa tidak mulas dan merasa takut karena ari-arinya belum lahir 30 menit. Mulas atau kontraksi menjadi sangat penting dalam kala III

karena dengan adanya kontraksi yang kuat maka proses pelepasan plasenta dapat terjadi dengan sendirinya. Selain itu, kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan berlangsung tidak lebih dari 30 menit.[5]

Hal ini menunjukkan bahwa kala III berlangsung tidak seperti seharusnya akibat dari adanya kelainan kontraksi yang tidak adekuat.

2. Objektif

Pukul 05.35 WIB, setelah 15 menit oxytocin pertama diberikan yaitu 1 menit setelah bayi lahir. Plasenta belum juga lahir maka disuntikkan kembali oksitosin kedua.

Pukul 05.50 WIB, 30 menit plasenta belum juga lahir, terdapat pengeluaran darah sebanyak ±150cc, his yang tidak kuat. Menurut teori, retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Salah satu gejalanya yang dirasakan oleh ibu yaitu uterus tidak berkontraksi.[1] Pada pemeriksaan fisik yaitu pada abdomen TFU sepusat, uterus teraba kenyal/lembek, kandung kemih penuh. Menurut teori pada saat proses persalinan kandung kemih harus dalam keadaan kosong, karena kandung kemih yang penuh dapat menghambat proses pengeluaran janin ataupun plasenta.[29] Maka dari itu dilakukan pemasangan kateter untuk mengeluarkan urin sehingga diharapkan tidak ada hambatan kembali pada saat pelahiran plasenta. Menurut teori, TFU sepusat dan perdarahan sedang-banyak merupakan gejala dari retensio plasenta akreta parsial.[7] Dikarenakan sebagian plasenta mengalami kegagalan pelepasan dari dinding uterus, maka dari itu manual plasenta harus dilakukan untuk membantu pengeluraran plasenta.

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegakkan analisa “Ny. M usia 33 tahun P3A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta”.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegakkan masalah potensial yang mungkin terjadi pada ibu adalah resiko terjadinya

perdarahan post partum disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi.

4. Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif serta analisa yang telah dibuat, maka disusunlah penatalaksanaan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Penatalaksanaan pertama yang dilakukan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami bahwa plasenta belum lahir. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin kedua karena plasenta belum juga lahir. Secara teori pemberian oksitosin baik secara intramuscular maupun secara intravena, memiliki tujuan untuk membuat uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.[28] Kelebihan dari masing-masing cara pemberian yaitu, pemberian secara intramuscular dengan tujuan untuk pemberian obat dalam jumlah yang lebih besar, absorpsi lebih cepat dibandingkan dengan cara subcutan. Sedangkan secara intravena untuk mempercepat reaksi obat, sehingga obat langsung masuk ke sistem sirkulasi darah dan pemberian dapat diberikan secara langsung pada vena atau dengan cara pemasangan infus.[39] Menurut teori Claire Banister, oksitosin digunakan untuk menstimulasi kontraksi uterus, mengaugmentasi persalinan, mempercepat pelahiran janin, mempercepat pelahiran plasenta dan menghentikan hemoragi pascapartum. Oksitosin memiliki efek stimulasi pada otot polos uterus, pada dosis rendah dapat menyebabkan kontraksi berirama tetapi pada dosis tinggi dapat menyebabkan kontraksi hipertonik yang kontinu.[18]

Selanjutnya, memberitahukan ibu bahwa plasenta belum lahir sudah 30 menit. Memeriksa kandung kemih, kandung kemih penuh sehingga harus dilakukan kateterisasi untuk mengeluarkan urin tersebut. Kandung kemih dikosongkan dengan tujuan agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat guna mencegah terjadinya perdarahan akibat dari kejadian retensio plasenta.[29] Karena faktor penyebab terjadinya retensio plasenta pada Ny. M yaitu tidak kuatnya kontraksi pada uterus yang menyebabkan plasenta sukar lepas dari dinding uterus. Menurut teori, fisiologis pelepasan

plasenta memiliki 2 cara yaitu schultze dan duncan. Dimana schultze yaitu pelepasan berawal dari bagian tengah pada plasenta dan disini terjadi hematoma retro plasentair yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya. Plasenta dengan hematom di atasnya sekarang jatuh ke bawah dan menarik lepas selaput janin. Bagian plasenta yang nampak pada vulva ialah permukaan fetal (permukaan yang menghadap ke janin), sedangkan permukaan maternal (permukaan yang menghadap dinding rahi) sekarang terdapat dalam kantong yang terputar balik. Maka pada pelepasan plasenta secara Schultze tidak ada perdarahan sebelum plasenta lahir atau terlepas seluruhnya. Baru setelah terlepas seluruhnya atau lahir, darah mengalir. Pelepasan secara Schulze adalah cara yang paling sering kita jumpai.[4] Sedangkan duncan yaitu lepasnya plasenta dimulai pada pinggir plasenta. Darah mengalir keluar antara selaput janin dan dinding rahim, jadi perdarahan sudah ada sejak sebagian dari plasenta terlepas dan terus berlangsung sampai seluruh plasenta lepas. Plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu. Pelepasan secara Duncan biasa terjadi pada plasenta letak rendah.[4]

Melakukan inform consent untuk dilakukan tindakan manual plasenta. Inform consent menjadi begitu penting pada saat akan melakukan tindakan karena dengan memberikan penjelasan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, pasien akan lebih mengerti dan mau di ajak kerjasama untuk melakukan tindakan tersebut agar dapat berjalan lancar. Sesuai dengan kewenangan bidan di Standar Pelayanan Kebidanan dalam standar 20 dimana bidan dapat melakukan penanganan retensio plasenta dengan pernyataan dalam standarnya yaitu : Bidan mampu mengenali retensio plasenta, dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan.[36] Menurut buku asuhan kebidanan persalinan, rencana asuhan pada ibu intranatal dengan retensio plsenta antara lain: memperbaiki keadaan umum ibu, (Infus, transfusi, antibiotika), observasi TTV, regangkan tali pusat,Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian anestesi,

pemberian oksitosin 20 IU dalam 500 cc. Penanganan lebih lanjut, tindakan manual plasenta atau histerektomi.[29]

Menjelaskan kepada keluarga bahwa rujukan mungkin diperlukan jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit. Pada menit ke 30 coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan penegangan tali pusat untuk terakhir kalinya, jika plasenta tetap tidak lahir, rujuk segera. Jika plasenta belum lahir kemudian mendadak terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual plasenta untuk segera mengosongkan kavum uteri. Melakukan prosedur manual plasenta sesuai dengan standar.

D. Kala IV

1. Subjektif

Pada 2 jam pasca persalinan ibu masih merasa mulas pada bagian perutnya. Hal ini sesuai dengan teori menurut Kenneth bahwa ibu akan mengalami kontraksi setelah proses persalinan karena merupakan proses pengecilan rahim ke bentuk semula dan salah satu untuk mencegah perdarahan setelah persalinan.

Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Petugas atau bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi dan memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.[3]

2. Objektif

Data yang didapatkan dari pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, composmentis yaitu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup baik terhadap stimulus yang diberikan.[40] Tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 82x/menit, pernapasan 20x/menit. Wajah ibu tampak sedikit pucat tetapi tidak ada tanda-tanda syok. TFU 2 jari dibawah pusat, dalam keadaan normal, uterus akan mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai kurang dari 4 minggu.[40] Uterus teraba bulat, kandung kemih kosong. Pada pemeriksaan genetalia tidak terdapat laserasi. Jumlah perdarahan ±200 cc (selama pemantaua kala IV). perdarahan dalam batas normal. Menurut

teori jumlah perdarahan normal setelah persalinan yaitu kurang dari 500cc.[8]

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegakkan analisa “Ny. M usia 33 tahun P3A0 inpartu kala IV”.

4. Penatalaksanaan

Asuhan yang diberikan kepada ibu pada kala IV yaitu mengajarkan ibu dan keluarga masase uterus agar rahim tetap berkontraksi dengan baik. Menurut teori, periksa fundus setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras. Apabila uterus berkontraksi, otot uterus akan menjepit pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan. Hal ini dapat mengurangi kehilangan darah dan mencegah perdarahan pascapersalinan. Ajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi, tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.[3]

Melakukan pemantauan kontraksi, perdarahan, TTV Kala IV. Pemantauan 1 jam pertama setiap 15 menit sekali dan pemantauan 1 jam kedua setiap 30 menit sekali. Pemantauan kontraksi pada uterus sangat penting dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus kebentuk normal yang terhambat. Kontraksi uterus yang tidak kuat dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengancam keselamatan ibu. Pemantauan dapat dilakukan dengan cara meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena normalnya setelah plasenta lahir fundus uterus berada 1-2 jari dibawah pusat. Kemudian selain kontraksi, perdarahan juga menjadi sangat penting untuk dipantau pengeluarannya. Perkiraan darah yang hilang sangat penting untuk keselamatan ibu, terdapat beberapa cara untuk menghitung jumlah kehilangan darah, salah satunya melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Jika menyebabkan lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi

perdarahan lebih dari 500ml. Perdarahan terjadi karena kontraksi uterus yang tidak kuat, sehingga tidak mampu menjepit pembuluh darah disekitarnya akibatnya perdarahan tak dapat dihentikan.[5,28]

Memberikan ibu obat 1 tablet Ciproprolaxin, 1 tablet Vitamin C, 1 tablet Paracetamol, dan 1 tablet Fe. Pemberian paracetamol untuk ibu itu dikarenakan paracetamol merupakan analgesik untuk mengurangi nyeri sehingga diberikan kepada ibu untuk mengurangi nyeri yang dirasakan setelah mengalami proses persalinan. Pemberian Ciprofolaxin tujuannya untuk menangani dan juga mencegah terjadinya infeksi, karena setelah tindakan manual plasenta dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi endometritis. Sebagaimana dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 mengenai pelimpahan wewenang kepada bidan dimana tertuang dalam Paragraf 4 dalam pasal 53-57.[35] Kemudian dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan dalam Bagian ketiga mengenai pelimpahan wewenang pasal 22 – 27.[34] Dimana pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan dokter pemberi pelimpahan.

Karena tidak menutup kemungkinan terjadi komplikasi pasca tindakan manual plasenta, Menurut Manuaba (2010) tindakan Manual Plasenta dapat menimbulkan komplikasi, seperti :

a. Terjadinya perforasi uterus
b. Terjadinya infeksi : terdapat sisa plasenta atau membrane dan adanya bakteria yang terdorong ke dalam rongga rahim.
c. Terjadinya perdarahan karena atonia uteri

Kompikasi dalam pengeluaran plasenta secara manual selain infeksi/ komplikasi yang berhubungan dengan transfusi darah yang harus dilakukan, ialah apabila ditemukan plasenta akreta. Dalam hal ini villi korialis menembus desidua dan memasuki miometrium dan tergantung dari dalamnya tembusan itu dibedakan antara plasenta inakreta dan plasenta perkreta. Plasenta dalam hal ini tidak mudah untuk dilepaskan melainkan sepotong demi sepotong dan disertai dengan perdarahan. Jika

disadari adanya plasenta akreta sebaiknya usaha untuk mengeluarkan plasenta dengan tangan dihentikan dan segera dilakukan histerektomi dan mengangkat pula sisa-sisa dalam uterus.[2]

Penanganan pada asuhan kebidanan dengan retensio plasenta di BPM Bidan E sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada.

E. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat

Selama dilakukan asuhan kebidanan pada Ny.M dengan retensio plasenta di Praktik Mandiri Bidan E ini penulis menemukan faktor yang mendukung dan menghambat terlaksananya asuhan kebidanan.

1. Faktor Pendukung
   a. Klien dan keluarga sangat terbuka dan kooperatif dalam menerima asuhan yang diberikan.
   b. Terjalinnya kerjasama yang baik dengan tenaga kesehatan khususnya bidan di Praktik Mandiri Bidan E dalam melakukan asuhan dan juga dalam memberikan masukan sehingga berjalan dengan baik dan optimal dalam pemberian asuhan pada Ny. M.
2. Faktor Penghambat

   Selama memberikan asuhan kepada Ny. M penulis tidak mengalami hambatan dalam hal komunikasi, yang berarti terjalinnya kerjasama yang baik antara penulis dengan Ny. M dan keluarga serta kerjasama penulis dengan bidan yang ada di BPM, akan tetapi dalam pengumpulan data didapat hambatan yang disebabkan karena tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang pada Ny. M pada akhir kehamilan atau menuju persalinan.