

BAB V

PEMBAHASAN

A. Data Subjektif

Didapatkan hasil bahwa usia ibu 41 tahun . Menurut pendapat Retnaningtyas wanita yang hamil > 35 tahun akan mempunyai resiko yang sangat tinggi untuk mengalami preeklampsia dan menurut Trianingsih Plasenta previa akan meningkat tiga kali lipat pada usia diatas 35 tahun karena endometrium akan menjadi kurang subur. ⁽⁷⁾⁽¹¹⁾

Hasil pengkajian yang didapat ibu mengaku ini merupakan kehamilan keempat, tidak pernah keguguran,(G4P3A0) dari pengkajian HPHT : 25-09-2023, TP : 02-07-2024 usia kehamilan ibu saat ini 32 minggu. Menurut pendapat Retnaningtyas ibu yang memiliki paritas >3 beresiko mengalami preeklampsia dibandingkan ibu yang memiliki paritas 1-3. Pada multi paritas lingkungan endometrium disekitar tempat implantasi kurang sempurna dan tidak siap menerima hasil konsepsi, sehingga pemberian nutrisi dan oksigenisasi kepada hasil konsepsi akan terganggu sehingga dapat menambah resiko terjadinya preeklampsia dan menurut teori Trianingsih plasenta previa 3 kali lebih sering terjadi pada wanita multipara daripada primipara. Paritas lebih dari satu mempertinggi risiko terjadinya plasenta previa karena dalam kehamilan plasenta mencari tempat yang paling subur untuk berimplantasi. ⁽⁷⁾⁽¹¹⁾

Ibu mengeluh keluar darah berwarna merah segar disertai gumpalan darah, membasahi 1 pembalut, tidak ada nyeri perut bagian bawah, merasa mulas, tidak keluar air-air. Hal ini sesuai dengan pendapat Fatimah bahwa perdarahan pervaginam yang terjadi pada trimester akhir kehamilan dengan gejala khas merah dan tidak disertai dengan rasa nyeri merupakan ciri khas dari plasenta previa dan didukung dengan pendapat Prawirohardjo bahwa plasenta previa adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri, perdarahan biasanya baru terjadi pada akhir trimester kedua keatas. ⁽¹²⁾⁽¹⁰⁾

Ibu mengeluh sakit kepala yang hebat dan demam sejak 1 hari yang lalu. Hal ini sesuai dengan teori Burton bahwa sakit kepala adalah salah satu gejala yang terjadi pada Preeklampsia.⁽¹⁶⁾

Nyeri kepala yang ibu keluhkan karena ibu mengalami hipertensi yang membuat kerusakan vaskular pembuluh darah. Selain itu sakit kepala merupakan komplikasi neurologis dari preeklampsia hipoperfusi karena penurunan *cerebrovaskuler resistence (CVR)* dapat menyebabkan disiprusi sawar darah otak dan edema vasogenetik dengan resultan gejala neurologis. Mekanisme primer yang terjadi pada regulasi *cerebral blood flow (CBF)* adalah melalui perubahan CVR yang secara berlawanan dengan aliran pembuluh darah menyuplai otak maternal.⁽¹⁹⁾

Ibu memiliki riwayat penggunaan KB suntik 3 bulan selama 12 tahun dan sudah berhenti sejak 1 tahun yang lalu. Dimana pemakaian KB hormonal (progesterin dan estrogen) dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan atrofi pada endometrium. Menurut pendapat Prawirohardjo atrofi dapat menyebabkan plasenta previa.⁽¹⁰⁾

B. Data Objektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. A yaitu KU: Sedang, Kesadaran: Composmentis, TD : 145/90 mmHg, N : 120 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,8°C dan SpO2 96% . Pada pemeriksaan ekstremitas terdapat edema pada muka dan tangan. Terdapat kesesuaian dengan teori Burton bahwa preeklampsia adalah hipertensi dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang timbul pada usia kehamilan 20 minggu disertai dengan protein urin +1 dan disertai gangguan organ lainnya.⁽¹⁶⁾

Pada pemeriksaan ekstremitas terdapat edema pada muka dan tangan. Menurut teori Prawirohardjo edema terjadi karena tertumpuknya unsur mineral natrium dimana sifatnya melekat ke zat air, sehingga muncul penimbunan sejumlah cairan pada sistem jaringan.⁽¹⁰⁾

Pada saat dilakukan pemeriksaan abdomen tidak ada nyeri tekan, genitalia terdapat pengeluaran darah berwarna merah segar, tanpa gumpalan darah terlihat pada satu pembalut penuh sebanyak. Menurut Prawirohardjo bahwa

pada kasus plasenta previa darah yang keluar berwarna merah segar tanpa rasa nyeri (pain less).⁽¹⁰⁾

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan hasil Pemeriksaan protein urine +1. Menurut teori Mutiara bahwa Proteinuria ini menunjukkan keadaan abnormal dimana terjadi jumlah peningkatan tekanan dari darah yang masuk ke glomerulus dapat mengganggu filtrasi selektif glomerulus.⁽¹⁸⁾

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hb : 11, 8gr/dl, Ht : 32 %, L : 12,600/uL, T : 355.000/uL. Menurut pendapat Prawirohardjo bahwa komplikasi yang terjadi pada plasenta previa dapat menyebabkan anemia bahkan syok. Selain itu disfungsi endotel pada preeklampsia akibat debris trofoblas plasenta berlebihan dapat mengakibatkan leukosit yang tinggi pada sirkulasi ibu.⁽¹⁰⁾

Pada tanggal 18 Mei 2024 dilakukan pemeriksaan USG untuk melihat letak plasenta, hasil USG didapat plasenta implantasi di corpus posterior meluas menutupi ostium uteri interna, tafsiran berat janin sekitar 1.940 gr usia kehamilan 31-32 minggu. Menurut pendapat Prawihardjo plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian ostium uteri internum dan pendapat. Maryunani plasenta previa adalah keadaan letak plasenta yang abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir (pada keadaan normal, plasenta terletak dibagian fundus, atau segmen bawah uterus).^{(10) (23)}

C. Analisa

Berdasarkan pengkajian pada data subjektif dan objektif maka penulis merumuskan diagnosa kebidanan yaitu “ Ny. A usia 41 tahun . G4P3A0 usia kehamilan 32 minggu dengan Preeklampsia dan Plasenta Previa Totalis.

Menurut teori Burton bahwa preeklampsia adalah hipertensi dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang timbul pada usia kehamilan setelah 20 minggu dengan proteinuria +1 atau disertai gangguan lain seperti nyeri kepala hebat, pandangan kabur, pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, edema paru, oliguria (<500 ml/24 jam) kreatinin $> 1,1$ mg/dl. ini sesuai dengan SOP RSUD

Leuwiliang yang mana tanda gejala preeklampsia adalah hipertensi disertai protein urin $\geq +1$ dan disertai dengan sakit kepala dan oedem pada muka dan ekstremitas. Sehingga peneggakkan diagnosa Ny. A dengan Preeklampsia sudah sesuai. ⁽¹⁶⁾

Sedangkan pada Diagnosa Ny. A dengan plasenta previa totalis. menurut teori Rosyidah ketepatan diagnosa dengan USG transabdominal mencapai 95-98% dapat ditegaskan melalui hasil USG. Pada kasus ini pemeriksaan USG dilakukan untuk mengetahui implantasi plasenta sesuai dengan SOP RSUD Leuwiliang dalam menegakkan diagnosa. Didapat hasil Plasenta di corpus posterior meluas menutupi Ostium Uteri Internum. Terdapat kesesuaian dengan teori Prawirohardjo bahwa plasenta previa totalis adalah plasenta yang menutupi seluruh Ostium Uteri Internum. Sehingga peneggakkan diagnosa Ny.A dengan Plasenta Previa Totalis sudah sesuai. ⁽²⁰⁾

Belum ada teori yang secara spesifik menjelaskan hubungan antara Preeklampsia dan Plasenta Previa yang mendukung pada kasus ini, namun apabila dilihat dari faktor resiko penyebab preeklampsia dan plasenta previa yaitu dipengaruhi oleh faktor usia dan paritas

D. Penatalaksanaan

Berdasarkan data subjektif dan objektif Ny. A mengalami komplikasi kehamilan Preeklampsia dan Plasenta Previa Totalis. Bidan melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG, penanganan yang dilakukan yaitu pada kasus ini sesuai dengan advice dokter adalah melakukan rawat konservatif, pemberian oksigen 4 liter pada ibu dikarenakan SpO₂ 96 %, melakukan pemeriksaan CTG untuk mengetahui kesejahteraan janin, pemeriksaan protein urine untuk mengetahui kadar protein dalam urin, melakukan pengambilan darah untuk mengetahui kadar Hb : 11,8 gr/dl Ht : 32 % L : 12.600/uL, T : 355.000/uL, dan HBsAg, HIV/AIDS, Sifilis pada ibu. Melakukan kelola preeklampsia, pemasangan infus RL 500 ml dan pemberian dosis awal MgSO₄ 20 % 4 gr sebanyak 20 cc dilarutkan dengan aquabides 20 cc diberikan secara IV bolus selama 10 menit, pemasangan dower kateter, pemberian dosis pemeliharaan MgSO₄ 40 % 8 gr sebanyak 20 cc dilarutkan kedalam 500 cc larutan RL diberikan selama 8 jam dengan tetesan 20 tetes/menit. memberikan injeksi

dexamethasone 6 mg 2 ampul/secara IM pada bokong kanan atau kiri sebanyak 4x untuk pematangan paru janin, memberikan terapi oral Duvadilan 3x20 mg, Nifedipine 3x10 mg, Dopamet 3x250 mg, Bedrest total, dan menjadwalkan USG.

Hal ini sesuai dengan SOP penanganan preeklampsia dan plasenta previa di RSUD Leuwiliang. Berdasarkan penatalaksanaan terdapat kesesuaian dengan teori Ernawati bahwa penanganan preeklampsia pemberian obat tekanan darah pada kondisi tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg dan perotein urine +1 dengan gangguan organ lain yang dimaksud sakit kepala diberikan obat hipertensi yaitu Nifedifine diberikan peroral 3x10 mg dan methyldopa 3x250 mg dan penanganan pencegahan kejang dosis awal MgSO₄ 20 % 4 gr IV diberikan 20 cc ditambah 20 cc aquabides selama 5-10 menit dan dosis pemeliharaan MgSO₄ 40 % 6 gr sebanyak 15 cc ditambahkan dengan 500 cc RL/RD diberikan selama 6 jam. ⁽²¹⁾

Terdapat kesesuaian dengan teori Maryunani dalam penatalaksanaan plasenta previa pasang infus RL atau NaCl untuk memperbaiki keadaan umum, rawat inap tirah baring dan berikan antibiotika profilaksis, segera lakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui implantasi plasenta. Berikan tokolitik bila ada kontraksi, dikombinasikan dengan Betamethason 24 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru. ⁽²⁴⁾

Menurut teori Maryunani USG dilakukan segera untuk mengetahui implantasi plasenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak, dan presentasi janin. Hal ini dilakukan untuk menegakkan diagnosa dan mempercepat tatalaksana yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Namun pada Ny. A pemeriksaan USG dilakukan pada hari ketiga di rumah sakit sehingga terdapat kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan yang dilakukan dirumah sakit. ⁽²⁴⁾

Pada kasus ini pemberian tokolitik berupa Duvadilan sebanyak 3x20 mg, dan Kortikosteroid menggunakan injeksi Dexamethason dengan dosis 2x 6 mg secara IM selama 2 hari.

Setelah 6 hari dirumah, ibu datang kembali pada tanggal 18 Mei 2024 ke RS, mengeluh keluar darah lagi dari jalan lahirnya pada pukul 10.00 WIB, setelah mengetahui adanya perdarahan ibu langsung ke RS. Pukul 13.00 WIB

ibu sampai di RS dan langsung mendapatkan penanganan dengan tindakan operasi section caesarea dan kontrasepsi mantap (MOW). Terdapat kesesuaian dengan teori Prawirohardjo bahwa perdarahan dapat terjadi berulang tanpa suatu sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian, pada setiap pengulangan terjadi perdarahan lebih banyak.⁽¹⁰⁾

Dan sesuai dengan pendapat Maryunani bahwa cara menyelesaikan persalinan dengan plasenta previa totalis adalah dengan tindakan SC dengan prinsip utama untuk menyelamatkan ibu.⁽²⁴⁾

E. Faktor Pendukung dan Penghambat

1. Faktor Pendukung

Selama melakukan asuhan klien sangat kooperatif dan dapat diajak bekerjasama sehingga memudahkan penulis dalam melakukan pengkajian, pemeriksaan, serta asuhan sesuai dengan prosedur yang berlaku di RSUD Leuwiliang. Lahan praktik memberikan kesempatan kepada penulis dalam proses mengasuh klien.

2. Faktor Penghambat

Pasien tidak melakukan pemeriksaan ANC pada kehamilan sebelumnya, dan pada saat kehamilan ini pasien melakukan ANC tidak sesuai dengan standar pemeriksaan sehingga riwayat preeklampsia dan plasenta previa tidak terkaji