BAB V

PEMBAHASAN

Pembahasan ini didasarkan ada atau tidaknya kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada pengelolaan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil bersalin, nifas dan bayi baru lahir, pada Ny.R G4P3A0 di BPM Bida Intan yang dilakukan sejak masa kehamilan 39 minggu. Penulis mencoba membandingkan kasus yang telah diamati secara langsung terhadap Ny.R dengan teori yang pernah di pelajari.

5.1 ANTENATAL CARE

Kesenjangan	**Teori**	**Pembahasan**
Kasus Berdasarkan hasil wawancara yang didapatkan bahwa ibu paritas-4 dan jarak kehamilan 3 dan 4 yaitu 2 tahun persalinan normal	Menurut teori faktor-faktor atonia uteri meliputi: 1. Multiparitas yang sangat tinggi. Paritas merupakan salah satu faktor penting yang dapat menyebabkan perdarahan post partum karena atonia uteri. Hal ini berkaitan dengan kemampuan otot-otot rahim, jika terlalu sering melahirkan dan jarak kelahiran terlalu dekat maka serabut otot miometrium mengalami penurunan	Menurut asumsi peneliti, faktor risiko munculnya atonia uteri pada Ny. R adalah faktor multiparitas tinggi, jarak kehamilan yang terlau dekat, karena paritas dan jarak kehamilan yang dekat mempengaruhi kemampuan otot rahim yang dapat mengakibatkan perdarahan dan akan mempengaruhi pemulihan organ reproduksi ibu.

	fungsi dalam berkontraksi sehingga menyebabkan terjadinya perdarahan (Sugi Purwanti, dkk. 2015**.** 2. Umur reproduksi yang ideal bagi perempuan untuk hamil dan melahirkan adalah 20-35 tahun, keadaan ini disebabkan karena pada umur kurang dari 20 tahun rahim dan panggul ibu belum berkembang dengan baik dan belum cukup dewasa untuk menjadi ibu, sedangkan pada 4 umur 35 tahun keatas elastisitas otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada umumnya telah mengalami kemunduran sehingga dapat mempersulit persalinan dan selanjutnya dapat menyebabkan	

	kematian pada ibu (Purwanti, 2015). 3. Jarak kehamilan yang dekat. Jarak kehamilan yang terlalu dekat dengan kehamilan sebelumnya, memiliki banyak risiko yang dapat menimpa baik ibu maupun janin. Rahim yang masih belum pulih akibat persalinan sebelumnya belum bisa memaksimalkan pembentukan cadangan makanan bagi janin dan untuk ibu sendiri (Izfa Rifdiani,2016). Menurut Saifuddin dkk (2011), menyebutkan bahwa sebaik-baiknya jarak antara dua kehamilan dan kelahiran adalah 2–4 tahun. Jarak kelahiran yang ideal adalah 2 tahun atau lebih karena jarak kelahiran yang pendek akan	

	menyebabkan seorang ibu belum cukup waktu untuk memulihkan keadaan tubuhnya setelah melahirkan. Setelah melahirkan seorang ibu akan mengalami masa puerperium atau masa nifas untuk mengembalikan alat reproduksi bagian dalam ke keadaan seperti semula atau normal.	

5.2 INTRANATAL CARE

No.		Teori	Pembahasan
1.	**Kasus** Persalinan Ny. R berlangsung cepat (partus presipitatus)	Persalinan kala I dimulai dari his persalinan sampai pembukaan serviks menjadi lengkap atau 10 cm. Pada kala 1 fase aktif serviks membuka dari 4 ke 10 cm, dan biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nulipara atau	Menurut asumsi peneliti, faktor risiko munculnya atonia uteri pada Ny. R adalah factor persalinan yang belangsung dengan cepat (partus presipitats) karena persalinan Ny. R berlangsung cepat

		primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadi penurunan bagian bawah janin (JNPK-KR, 2017). Persalinan Kala II dimulai dari pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi Tanda gejala kala II yaitu ibu merasakan adanya dorongan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vagina, perineum ibu semakin menonjol, vulva vagina dan spinter ani membuka. Pada primigravida 1-2 jam dan pada mutligravida 30 menit – 1 jam. Persalinan Kala III dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. (Sulis Diana, dkk, 2020). Setelah bayi lahir,	kurang dari 3 jam yang disesbabkan oleh abnormalitas kontraksi

		kontraksi rahim istirahat sebentar dan mulai terjadi pelepasan plasenta karena sifat retraksi otot rahim (Hanifa, 2005). Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah Uterus menjadi membundar, uterus terdorong keras karena plasenta dilepas ke segment bawah rahim, tali pusar memanjang, terjadi perdarahan. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara dorso kranial pada fundus uteri. Disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Persalinan Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus. Setelah palsenta lahir,	

		kontraksi rahim tetap kuat. Kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus terjadi penghentian pengeluaran darah postpartum. Kekuatan his ini dapat diperkuat dengan memberi obat uterotonika. Kontraksi ada saat menyusui bayi karena pengeluaran oksitosin oleh kelenjar hipofisis posterior.	
2.	**Kasus** Pemberian cairan infus jaga tidak dilakukan.	**Penatalaksanaan Atonia Uteri** Jika Uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri. Melakukan Kompresi Bimanual Internal, Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan	Menurut asumsi peneliti, penatalaksanaan asuhan atonia pada Ny. R tidak dilakukan pemberian cairan infus jaga. Karena dilihat dari paritas akan beresiko terjadi kembali kontraksi yang lemah

		lembut memasukkan tangan ke introitus dan kedalam vagina ib, Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri tidak dapat berkontraksi secara penuh, Letakkan kepalan tangan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus, sementara telapak tangan lain pada abdomen, menekan dengan kuat di dinding, Tekan uterus dari kedua tangan secara kuat, kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah didalam dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi. Evaluasi keberhasilan, Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama 2 menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dari dalam vagina,	

		Uterus akan berkontraksi tapi perdarahan terus berlangsung, periksa perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi dibagian tersebut. Segera lakukan penjahitan jika ditemukan laserasi, Jika kontraksi uterus tidak terjadi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan, kompresi bimanual eksternal, kemudian teruskan dengan langkah - langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya minta tolong keluarga mulai menyiapkan rujukan, Berikan 0,2 mg ergometrin IM (jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi), Menggunakan jarum berdiameter (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500 ml melakukan larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin. akan membantu mengganti	

		volume cairan yang hilang selama perdarahan, Pakai sarung tangan steril atau DTT dan ulangi KBI selama 5 menit. Lakukan asuhan kala IV, Jika uterus tidak berkontraksi, lakukan KBE. Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus, tepat di atas simpisis\pubis. Letakkan tangan yang lain pada dinding abdomen (dibelakang korpus uteri) usahakan memegang bagian belakang uterus seluas mungkin. Lakukan gerakan saling merapatkan kedua tangan untuk melakukan kompresi pembuluh darah di dinding uterus dengan cara menekan uterus di antara kedua tangan tersebut. Ini akan membantu uterus berkontraksi dan menekan pembuluh darah uterus. (APN : 2017).	