

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis melakukan kegiatan asuhan kebidanan pada Ny L usia 34 tahun dengan Retensio Plasenta di PMB Bidan W Kota Bogor, yang dilaksanakan mulai tanggal 8 April 2021 sampai dengan 09 April 2021. Kesesuaian serta kesenjangan-kesenjangan pada Ny. L akan penulis uraikan pada bab ini.

#### **A. Subjektif**

##### **a. Riwayat Kala I**

Ibu hamil anak ketiga, HPHT : 17 Juni 2020. HPL: 24 Maret 2021, usia kehamilan ibu sekarang 40 minggu. Menurut teori, metode ini disebut Rumus Neagle. Metode ini digunakan untuk menghitung usia kehamilan berdasarkan hari pertama haid 18 terakhir (HPHT) hingga tanggal saat anamnesis dilakukan. Rumus Neagle memperhitungkan usia kehamilan berlangsung selama 280 hari (40minggu). Usia kehamilan ditentukan dalam satuan minggu. Selain umur kehamilan, dengan rumus Neagle dapat diperkirakan pula hari perkiraan persalinan/ lahir (HPL). Namun rumus ini hanya bisa digunakan untuk ibu yang siklus haidnya teratur. (20)

Pada paitas ibu ditemukan ibu hamil anak ketiga, tidak pernah keguguran. Ibu periksa ke Bidan di PMB. Ibu selalu minum Fe yang diberikan oleh bidan mulai trimester kedua. Dari hasil yang didapatkan bahwa penyebab ibu retensio plasenta yaitu multiparitas. Semakin meningkat paritas semakin meningkat pula kelainan pada tempat implantasi plasenta. Dengan kehamilan berulang, otot rahim digantikan oleh jaringan fibrosa, dengan penurunan dari kekuatan kontraksi rahim akhirnya dapat menyebabkan atonia uteri dan retensio plasenta. Pasien multipara dan grandemultipara memiliki resiko tinggi terhadap kejadian perdarahan pasca persalinan dan retensio plasenta.

Pada data subjektif pukul 15.50 WIB saat datang ibu mengeluh lemas dan mulas sejak pukul 00.00 wib , sudah ada pengeluaran air-air pada pukul 05.00 wib, kemudian dilakukan pemeriksaan oleh bidan dengan hasil keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital

dalam batas normal, ibu sudah pembukaan 6. Bidan memberi asuhan persalinan sesuai keluhan ibu.

#### **b. Riwayat Kala II**

Pada tanggal 8 April pukul 18.20 WIB ibu mengatakan mulesnya semakin sering dan teratur, sudah ingin meneran. Keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, dan ibu sudah pembukaan lengkap. Ketuban sudah pecah, air ketuban jernih, kepala bayi sudah didasar panggul. Ibu kemudian mulai dipimpin meneran aktif. Bayi lahir spontan pada pukul 18.50 WIB menangis kuat, tonus otot aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki. Kemudian jepit potong tali pusat dan Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Menurut teori manfaat dilakukan IMD adalah membantu pengeluaran plasenta dan mencegah perdarahan disebabkan karena sentuhan, kuluman dan jilatan bayi pada putting susu ibu akan merangsang sekresi hormon oksitosin yang penting untuk menyebabkan rahim kontraksi yang membantu pengeluaran plasenta dan mengurangi perdarahan sehingga mencegah anemia, merangsang hormon lain yang membuat ibu menjadi tenang, rileks serta merangsang pengaliran ASI dari payudara.(22) Kemudian menyuntikan oxytosin 10 iu secara IM pada 1/3 paha bagian luar pada pukul 18.51 WIB. Menurut teori, tanda persalinan ditandai dengan adanya kontraksi yang semakin kuat dan ditemukan adanya pembukaan pada serviks. Dan ketika pembukaan sudah lengkap serta ditemukan tanda gejala kala II maka ibu sudah bisa dipimpin bersalin.(22) maka riwayat persalinan sudah selesai dengan teori yang ada serta asuhan yang diberikan sudah sesuai teori APN.

#### **c. Riwayat Kala III**

Pada tanggal 8 April 2021 pukul 18.51 WIB ibu memasuki kala III, ibu merasa senang dengan kelahirannya, ibu berkata tidak ada mules yang kuat. Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa kontraksi yang dialami ibu adalah tidak normal, seharusnya ibu mengalami mulas karena hal itu merupakan tanda akan segera lahirnya plasenta (9). Melakukan peregangan tali pusat terkendali untuk melahirkan plasenta.

Pada tanggal 8 April 2021 Pukul 19.21 WIB ibu masih tidak merasakan mulas dan ibu khawatir karena ari-arinya belum lahir selama 30 menit. Menurut teori, retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Salah satu gejala yang dirasakan ibu yaitu uterus tidak

berkontraksi. (22) ibu tidak merasakan mulas yang kuat, hal ini sama dengan uterus yang tidak berkontraksi. Menurut teori, segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada didalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. (23) maka jika uterus tidak berkontraksi dengan kuat, ukurannya tidak akan mengecil dengan baik dan plasenta tidak akan terlepas dari dinding uterus.

## B. Objektif

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah diperoleh dari Ny. L Data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 8 April 2021 pukul 18.51 WIB yaitu TFU sepusat. Menurut teori keseluruhan proses involusi uterus disertai dengan penurunan ukuran TFU. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum. Bayi lahir TFU setinggi fundus, Berat Uterus 1000 gram, Diameter uterus 15 cm, Palpasi uterus Lunak. Uri lahir TFU 1 jari dibawah pusat, Berat Uterus 750 gram, Diameter uterus 12,5 cm, Palpasi uterus Lunak. 1 Minggu TFU pertengahan pusat dengan simfisis, Berat uterus 500 gram, Diameter uterus 7,5 cm, Palpasi uterus 2cm. 2 minggu TFU tidak berada pada simfisis, Berat uterus 350 gram, Diameter uterus 5cm, Palpasi uterus 1cm. (21) dari data yang didapatkan sudah sesuai dengan teori yang ada

Uterus tidak globuler, Menurut teori setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.(21) Dari data tersebut tidak sesuai dengan teori

Kandung kemih kosong, Menurut teori kandung kemih yang penuh akan mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya. (21)

kontraksi lemah, Menurut teori kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah bayi lahir dilakukan penyuntikan oksitosin uterus untuk merangsang uterus berkontraksi.

Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan terasa keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir akan terjadi retensio plasenta. (21) Dari data yang didapatkan tidak sesuai dengan teori.

Memeriksa janin kedua dengan hasil tidak ditemukan adanya janin kedua.

Genetalia tampak darah rembes. tali pusat menjulur didepan vulva tetapi tidak memanjang dan belum ada tanda pelepasan plasenta. Menurut teori, pengkajian awal kala III yaitu palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua lalu melakukan manajemen aktif kala III. (13) Menyuntikan oxytocin 10 IU secara IM pada paha 1/3 paha kanan bagian luar 1 menit setelah bayi lahir pukul 18.50 WIB

Pukul 19.21 WIB, 30 menit bayi lahir plasenta belum juga lahir. Menurut teori, retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir.(21) pada pemeriksaan didapatkan bahwa keadaan umum ibu tampak cemas, kesadaran composmentis, dan pada pemeriksaan fisik yaitu

TFU sepusat, Menurut teori keseluruhan proses involusi uterus disertai dengan penurunan ukuran TFU. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum. Bayi lahir TFU setinggi fundus, Berat Uterus 1000 gram, Diameter uterus 15 cm, Palpasi uterus Lunak. Uri lahir TFU 1 jari dibawah pusat, Berat Uterus 750 gram, Diameter uterus 12,5 cm, Palpasi uterus Lunak. 1 Minggu TFU pertengahan pusat dengan simfisis, Berat uterus 500 gram, Diameter uterus 7,5 cm, Palpasi uterus 2cm. 2 minggu TFU tidak berada pada simfisis, Berat uterus 350 gram, Diameter uterus 5cm, Palpasi uterus 1cm. dari data yang didapatkan sudah sesuai dengan teori yang ada

kandung kemih kosong. Menurut teori kandung kemih yang penuh akan mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

Pada pemeriksaan genetalia terdapat pengeluaran darah, tali pusat menjulur sebagian di depan vulva tetapi tidak memanjang. Pengeluaran darah  $\pm 100$  cc. menurut teori, TFU sepusat dan perdarahan sedang-banyak merupakan gejala dari retensio plasenta akreta persial (13) pada kasus ini data objektif sudah sesuai dengan teori.

### C. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh pada pukul 19.21 dapat ditegaskan analisa “ Ny. L usia 34 tahun inpartu kala III dengan Retensio Plasenta” Retensio Plasenta adalah apabila plasenta tetap tertinggal dalam uterus 30 menit setelah anak lahir. Analisa ditegaskan berdasarkan data objektif bahwa ibu mengalami retensio plasenta setelah  $\pm 30$  menit bayi lahir.

#### D. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada tanggal 8 April 2021 pukul 18.51 WIB melakukan informed consent , tujuannya dilakukan informed consent adalah untuk mendapat persetujuan dari pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medic yang dilakukan terhadap pasien tersebut, memberitahu ibu bahwa akan disuntikan oxytocin untuk membantu pengeluaran plasenta. Tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta hingga 15 menit setelah suntik oksitosin yang pertama.

Menyuntikan oxytosin yang kedua di 1/3 paha kiri bagian luar secara IM. Oxytosin kedua pada pukul 19.06 WIB , melakukan peregangan tali pusat terkendali yang kedua untuk melahirkan plasenta. Plasenta belum lahir. Menurut teori, penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran plasenta) membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pascapersalinan, meliputi pemberian oksitosin dengan segera, pengendalian tali pusat terkendali dan masase uterus. (22) maka dapat disimpulkan bahwa manajemen aktif kala III untuk sementara sudah dilakukan sesuai dengan teori yang ada.

Pada pukul 19.21 WIB 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 dalam 30 menit.

Menurut teori, penatalaksanaan aktif kala tiga harus dilakukan pada semua ibu yang melahirkan melalui vagina. Bila plasenta tidak lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 IU oksitosin IM dosis kedua. Menurut teori oksitosin digunakan untuk menstimulasi kontraksi uterus, mengaugmentasi persalinan, mempercepat kelahiran janin, mempercepat kelahiran plasenta dan menghentikan hemoragi pascapartum. Oksitosin memiliki efek stimulasi pada otot polos uterus, pada dosis rendah dapat menyebabkan kontraksi hipertonic yang kontiu.(24) periksa kandung kemih , jika ternyata penuh, gunakan teknic aseptik untuk memasukan cateter nelaton desinfeksi tingkat tinggi atau

steril untuk mengosongkan kandung kemih. Ulangi kembali penanganan tali pusat dan tekanan dorso-kranial. Pada menit ke 30 coba lagi melahirkam plasenta dengan melakukan penegangan tali pusat untuk terakhir kalinya, jika plasenta belum lahir kemudian mendadak terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri. (25)

Setelah 30 menit plasenta belum lahir maka disebut dengan Retensio Plasenta. Kemudian Karena sudah memenuhi syarat secara teori bahwa sudah ada semburan darah maka langkah selanjutnya/ Melakukan prosedur manual plasenta sesuai dengan standar.

Menyiapkan dan menjalankan prosedur pencegahan infeksi. Memastikan kandung kemih dalam keadaan kosong. Memasang infus set dan cairan infus RL 500 ml dengan 10 IU oksitosin dengan 60 tetesan x/menit. Dari data tersebut sudah sesuai dengan teori yang ada , jarum berlubang besar (18G) untuk mengganti cairan yang hilang. Menjepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai. Secara obstetric, masukan tangan lainnya ( punggung tangan menghadap ke bawah ) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat. Setelah mencapai bukaan serviks, minta seorang asisten/penolong lain untuk menegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri. Sambil menahan fundus, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta. Bentangkan tangan obstetric menjadi datar seperti memberi salam ( ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat). Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta disebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke bawah (posterior ibu ). Bila di korpus depan maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas ( anterio ibu ). Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangaan ke kanan dan kiri sambil digeser ke atas (cranial ibu ) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus, sementara satu tangan masih didalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal, memindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segemen bawah uterus) kemudian inturksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta

keluar( hindari terjadinya percikan darah), melakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simfisis) uterus kearah dorso-kranial setelah plasenta dilahirkan cek kelengkapan plasenta dan tempatkan plasenta didalam wadah yang telah disediakan, lalu masase 15 detik, mendekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan ) dan peralatan lain yang digunakan, melepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, mengeringkan tangan dengan handuk bersih dan kering, memeriksakan kembali tanda-tanda vital ibu. (23)

Penatalaksanaan yang diberikan kepada ibu pada kala IV pukul 19.31 WIB yaitu mengajarkan ibu dan keluarga masase uterus agar rahim tetap berkontraksi dengan baik. Menurut teori, periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada 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 keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi, tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi,(22) membersihkan dan merapikan ibu. Membantu ibu memakai pembalut. Membersihkan dan mendokontaminasi alat.

Melakukan pemantauan kontraksi, perdarahan, TTV Kala IV . pemantauam 1 jam pertama setiap 15 menit sekaligus pemantauan jam kedua setiap 30 menit sekali. Memberikan ibu obat 1 tablet Ciproflxacin 3x1 500mg untuk mencegah bakteri masuk, 1 tablet Fe 2x1 30mg untuk menambah darah yang hilang, 1 tablet paracetamol 3x1 500mg untuk menghilangkan rasa nyeri, Pemberian jenis obat ini berkata dengan cara membunuh atau mencegah perkembangan infeksi akibat bakteri. (24)

Hasil asuhan kebidanan pada Ny. L yaitu keadaan umum, manual plasenta berhasil plasenta lahir lengkap dan tidak ada perdarahan aktif, perubahan fisiologis dan perubahan psikologis mulai membaik karena proses penanganan kasus ini sebagian besar sudah sesuai dengan teori yang ada dari beberapa refrensi.

Dari data yang telah didapatkan, tidak ada kesenjangan antara asuhan yang diberikan dengan teori yang ada. Standar 20 tentang penanganan retensio plasenta yang berbunyi, “Bidan mampu mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi

retensio plasenta total/parsial”. (Wewenang bidan dalam menangani kegawatdaruratan khususnya pada kasus retensio plasenta adalah bidan harus mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk manual plasenta dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan). Penanganan asuhan kebidanan dengan retensio plasenta di PMB Bidan W sudah sesuai dengan Standar Kewenangan Bidan yang ada (18) Ny L sudah mendapat asuhan yang cepat juga tepat, serta Ny. L dapat melalui masa nifasnya dengan keadaan baik dan juga sehat.

#### E. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat

Selama dilakukan asuhan kebidanan pada Ny.L dengan retensio plasenta di PMB Bidan W 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. Terjalannya kerjasama yang baik dengan tenaga kesehatan khususnya bidan di PMB Bidan W dalam melakukan asuhan dan juga dalam memberikan masukan sehingga berjalan dengan baik dan optimal dalam pemberian asuhan pada Ny. L

##### 2. Faktor Penghambat

Selama memberikan asuhan pada Ny. L penulis tidak mengalami hambatan yang berarti. Terjalannya kerjasama yang baik antara penulis dengan Ny,L dan keluarga serta kerjasama penulis dengan bidan yang ada di PMB Bidan W.