

BAB V

PEMBAHASAN

Asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan perdarahan pasca bersalin dilakukan (retensio plasenta) pada tanggal 25-05-2018 di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin. Memberikan asuhan kebidanan pada individu diterapkan melalui manajemen Helen Varney menggunakan langkah-langkah pendekatan SOAP. Dengan tujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang keadaan secara objektif. SOAP merupakan salah satu metode pendokumentasian dan merupakan singkatan dari subjektif, objektif, analisa dan penatalaksanaan.

1. Pengkajian subjektif

Hasil pengkajian subjektif didapatkan Ny K umur 40 tahun dengan riwayat persalinan ke-5 dan rujukan bidan dengan KPD.

Berdasarkan data tersebut umur dan jumlah paritas merupakan salah satu faktor risiko terjadinya KPD pada saat kehamilan dan retensio plasenta pada saat kala III, hal ini sudah sesuai dengan teori tentang faktor risiko KPD dan retensio plasenta. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini (KPD) menurut morgan (2009), kejadian pecah dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya umur dan jumlah paritas.

Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Dibawah atau di atas usia itu tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan (Wang, 2011). Dimana faktor risiko pada ibu yang usianya > 35 tahun pada saat bersalin merupakan gerbang memasuki periode risiko tinggi dari segi reproduksi untuk menjalani fungsinya. Keadaan ini juga

mempengaruhi pada proses embriogenesis sehingga selaput ketuban lebih tipis dan mudah untuk pecah sebelum waktunya (KPD). Sedangkan pada proses persalinan kala III terjadi retensio plasenta karena gangguan koordinasi kontraksi uterus dapat terjadi, karena penurunan pada dindingnya. Dinding uterus pada ibu yang berusia tua mengalami peningkatan jaringan parut, penuaan pada dapjunction dan gangguan ekspresi kanal ion. Fungsi uterus yang menurun ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri (Smith, 2008).

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara (Wikijosastro, 2007). Wanita dengan riwayat grande multipara atau bersalin > 5 kali kehamialan sebelumnya merupakan salah satu faktor predisposisi pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya karena kehamilan yang terlalu sering akan mempengaruhi embriogenesis sehingga selaput ketuban pecah sebelum waktunya (KPD). Sedangkan pada dengan grade-multipara atau bersalin > 5 kali meningkatkan risiko prdarahan postpartum akibat atonia uteri dan retensio plasenta (Karkata, 2010). Riwayat peregangan uterus pada persalinan sebelumnya menyebabkan kelemahan kontraksi miometrium. Serabut-serabut otot yang dapat berkontraksi secara efektif juga telah dan berkurang karena digantikan oleh jaringan parut (Smith, 2008).

Di balik semua risiko di atas KPD pada kehamilan termasuk faktor risiko pada terjadinya retensio plasenta, dimana ketika ibu hamil dengan diagnosa KPD pada usia kehamila lebih dari 37 minggu akan segera diberikan tindakan induksi persalinan berupa pemberian oksitosin, dapat pula diberikan misoprostol 25 μ - 50 μ intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

Induksi persalinan yang dapat meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta. Dimana saat induksi berhasil dilakukan dan berlangsung uterus mengalami kontraksi yang berlebih, sehingga pada saat bayi lahir uterus merasa kelelahan dan uterus gagal berkontraksi sehingga menyebabkan atonia uteri, ketika uterus gagal berkontraksi plasenta pun tidak dapat lahir dan mengakibatkan retensio plasenta.

2. Data objektif

Pengkajian data objektif pada pemeriksaan keadaan umum ibu baik TD : 120/80 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Pernapasan : 22 x/menit, Suhu : 36,5°C. Keadaan janin ibu juga baik DJJ : 136 x/menit, pembukaan 4 cm, kontraksi uterus baik 3 kali dalam 10 menit durasi 35 detik, dan presentasi kepala, dan punggung janin berada disebelah kanan perut ibu. pemeriksaan dalam prsio teraba lunak, ketuban negatif kepala di hodge II. Dari pengkajian data objektif tersebut sudah sesuai dengan teori (Arief mansjoer, dkk, 2001 : 130). pada saat pemeriksaan dalam selaput ketuban tidak ada, air ketuban sudah kering. Inspekskulo, tampak air keluar mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering pada pemeriksaan penunjang menggunakan tes lakmus menunjukan hasil bahwa kertas lakmus yang berwarna merah menjadi biru, dari hasil tes lakmus sudah menunjukan perubahan warna perubahan warna ini karena bila cairan yang keluar adalah air ketuban, maka tes keasaman cairan bersifat basa dan kertas lakmus akan berubah menjadi warna biru tapi jika kertas lakmus tidak berubah warna karena cairan yang bersifat asam seperti cairan urin.

Kemudian setelah diberi terapi sesuai dengan advis dr. SpOG di dapatkan kemajuan persalinan, pada jam 14.00 WITA didapatkan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik TD : 120/80 mmHg, Nadi : 86 x/menit,

Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,9°C. DJJ : 144 x/menit, pembukaan 10 cm, kontraksi uterus baik 5 kali dalam 10 menit durasi 45 detik, pemeriksaan dalam prsio tidak teraba, ketuban negatif kepala di hodge IV, genetalia : vulva dan anus membuka, perenium menonjol, tampak keluar lendir darah

Kemudian di lanjutkan dengan pertolongan persalinan, bayi lahir spontan belakang kepala, segera menangis pada pukul 14:05 WITA, BB : 3600 gram, PB : 50 cm, jenis kelamin perempuan. Serta di lanjutkan dengan pemotongan tali pusat dan pengeluaran plasenta

Pada jam 14:15 WITA pemeriksaan keadaan ibu baik, tinggi fundus uteri: sepusat, kontraksi : lembek (kontraksi tidak baik), genetalia : tampak pengeluaran darah terus-menerus, tali pusat tampak rapuh pada saat di klem dan setelah 15 menit pelepasan belum lahir. Dari data tersebut menunjukan tanda-tanda retensio plasenta dimana indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah pada keadaan perdarahan pada kala III persalinan kurang lebih 400 cc yang tidak dapat dihentikan dengan uterotonika dan masase, jika sebelum plasenta lahir dan mendadak terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri. (JNPKR, APN, 2012).

3. Interpretasi Data

Analisa data terdiri dari penentuan diagnosa, menentukan masalah, dan kebutuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini. Analisa data terdiri dari diagosa kebidanan yang meliputi data subjektif dan objektif, masalah dan kebutuhan. Pada proses persalinan didapatkan dengan diagnosa kebidanan G5P4A0 hamil 39 minggu inpartu kala I fase aktif dengan KPD, masalah yang ditemukan pada Ny K adalah risiko infeksi, kebutuhannya adalah asuhan pada ibu bersalin, KIE dan kolaborasi dengan dr SpOG. Pada saat proses

persalinan pada kala III dari hasil data subjektif dan objektif didapatkan diagnosa kebidanan P5A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta, masalah yang di temukan pada Ny K adalah risiko perdarahan, Kebutuhannya adalah manual placenta dan observasi perdarahan dengan ketat.

4. Penatalaksanaan

Perencanaan dilakukan berdasarkan diagnosa, masalah, kebutuhan yang muncul, disesuaikan dengan peran, fungsi dan kewenangan bidan. Perencanaan asuhan yang cukup, menganjurkan makan-makanan yang rendah garam, memantau tanda-tanda vital pasien, serta berkolaborasi dengan dokter obgyn untuk penatalaksanaan lebih lanjut yaitu : penatalaksanaan yang diberikan pada pasien dengan ketuban pecah dini adalah :

Penatalaksanaan dengan kolaborasi dengan dr SpOG untuk pemberian terapi yaitu oksigen 2 liter, pemberian infus RL 20 tpm, injeksi ceptiaxone 1gr (skin tes negatif) untuk mencegah infeksi, misoprostol 25 μ ($\frac{1}{8}$ tablet) lewat vagina untuk pematangan serviks . penatalaksanaan ini dilakukan secara aktif karena di lihat dari usia kehamilan ibu yang sudah aterm 39 minggu dan skor pelvic >5 maka di lakukan induksi persalinan. penatalaksanaan yang diberikan pada pasien dengan perdarahan pasca bersalin dengan retensio placenta adalah :

Penatalaksanaan dengan kolaborasi dengan dr SpOG untuk pemberian terapi dan tindakan manual plasenta yaitu :

Terapi yang diberikan yaitu drip oksitosin 20 unit dengan RL 500 cc 40 tpm di berikan setelah 15 menit dan penanganan tindakan manual plasenta segera dilakukan sebelum 30 menit dikarena pada saat persalinan kala III didapati keadaan tali pusat yang rapuh dan terdapat perdarahan

mengalir terus-menerus karena jika tetap dilakukan PTT maka akan putus dan akan mempersulit untuk mencari perlekatan plasenta di dalam uterus serta jika perdarahan terus-menerus tidak di hentikan atau di tangani ibu akan mengalami anamia dan syok karena banyak kehilangan darah. Tindakan ini sudah sesuai yang menyatakan, indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah pada keadaan perdarahan pada kala III persalinan kurang lebih 400 cc yang tidak dapat dihentikan dengan uterotonika dan masase, jika sebelum plasenta lahir dan mendadak terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri. (JNPKR, APN, 2012) dan pemberian misoprostol 600 μ per rektal, untuk merangsang kontraksi (mencegah perdarahan) di berikan setelah tindakan manual plasenta berhasil. Tindakan yang dilakukan yaitu manual plasenta.

5. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam penatalaksanaannya (Varney, 2004).

Pada saat proses persalinan di dapatkan kasus Ny. K G5P4A0 hamil 39 inpartu kala I fase aktif dengan KPD. Telah mendapat penanganan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan dilaksanakan oleh dokter obgyn, bidan, dan pasien. Setelah dilakukan pemantauan selama di ruang VK di dapatkan kemajuan persalinan dan ibu dapat bersalin dengan normal.

Pada saat proses persalinan pada kala III didapatkan komplikasi dengan kasus Ny. K P5A0 kala III dengan retensio placenta. Telah mendapat penanganan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan

dilaksanakan oleh dokter obgyn, bidan, dan pasien. Setelah dilakukan pemantauan selama 2 jam di ruangan VK bersalin RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin di peroleh perdarahan normal dan kontraksi uterus baik keadaan ibu membaik.

Pada tahap ini penulis akan memaparkan kesesuaian dan kesenjangan antara konsep teori medis serta teori asuhan kebidanaan terhadap penatalaksanaan kasus asuhan kebidanaan. Pada Ny. K P5A0 dengan perdarahan pasca bersalin primer di teori dijelaskan bahwa salah satu akibat terjadi perdarahan pasca bersalin primer yaitu faktor usia, paritas dan induksi persalinan.

Pada kasus yang di dapat dengan Ny. K P5A0 dengan usia 40 tahun dengan umur yang dikatakan resiko tinggi untuk terjadinya perdarahan pasca bersalin serta dengan ibunya grandemulti yaitu sudah pernah mengalami persalinan 5 kali, dan pada ibu hamil dengan diagnosa KPD dengan pemberian induksi persalian menyebabkan uterus gagal berkontraksi dan disini tidak ada kesenjangan antaa teori dan kasus yang didapatkan.