

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S G2P1A0 dengan persalinan prematur, melalui tahap manajemen kebidanan yang terdiri dari pengkajian data subjektif, objektif, menentukan analisa dan penatalaksanaan, maka dalam bab ini akan membahas mengenai kesenjangan antara tinjauan teori dengan hasil tinjauan kasus pada pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. S G2P1A0 dengan persalinan prematur yang dibahas dengan langkah-langkah sebagai berikut.

#### **A. Data Subjektif**

Ny. S datang dengan bidan puskesmas. Dirujuk ke RS dengan alasan mengeluh merasakan mulas sejak pukul 22.00 WIB ( 4 Februari 2020), dan keluar lendir darah jam 09.00 WIB (5 Februari 2020), gerakan janin terasa aktif, keluar air air dari jalan lahir pukul 16.00 WIB. Demikian juga menurut Sarwono 2016, gejala persalinan prematur yaitu adanya kram perut seperti menstruasi, nyeri tumpul pada punggung bawah, pengeluaran lendir kemerahan, perdarahan bercak, selaput ketuban sudah pecah dan keluar air-air.<sup>3</sup> Demikian juga menurut Mochtar (1998), tanda – tanda inpartu ditandai dengan adanya rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan –robekan kecil pada serviks, kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Berdasarkan hasil pengkajian, pada tanggal 5 Februari 2020 ibu mengatakan HPHT: 3 Juni 2019 ( taksiran persalinan 12 maret 2020). Sehingga jika dihitung dari hpht usia kehamilan ibu 35 minggu berdasarkan anamnesa hasil pemeriksaan bidan pada tanggal 5 September 2019 usia kehamilan ibu 15 minggu dan hasil USG 5 Februari 2020 usia kehamilan ibu 35 minggu.

Demikian menurut WHO, persalinan prematur adalah kelahiran yang berlangsung pada umur kehamilan 20 minggu hingga 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.<sup>7</sup> Ny. S mengatakan sebelum nya perut ibu sempat tertendang oleh anak pertamanya dan ini adalah kehamilan keduanya. Pada

pukul 17.00 WIB ibu datang ke bidan dengan keluhan mulas dari jam 22.00(4 Februari 2020), keluar lendir darah dan keluar air-air yang tidak tertahankan pada pukul 16.00 , sudah dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, ketuban negatif, presentasi kepala hodge I. Demikian menurut Saifuddin, 2014. Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

Maka diduga penyebab ketuban pecah pada ibu karena adanya kontraksi. Anak pertama lahir spontan di rumah sakit pada usia kehamilan 36 minggu karena ketuban pecah dini, dengan jenis kelamin laki-laki dan berat badan lahir 2800 gram. Ibu merasa tidak pernah merasakan jantungnya berdebar-debar, sesak nafas, nyeri kepala hebat, nyeri saat buang air kecil, atau punya penyakit menular dan menahun. Ibu tidak memiliki keluhan terhadap pola eliminasi, istirahat tetapi untuk hubungan seksual Ny. S melakukan hubungan seksual 2 minggu satu kali dan semenjak hamil besar ibu belum melakukan hubungan seksual karena khawatir dapat mempengaruhi keadaan janinnya. Demikian menurut Saifudin 2014, riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya dapat berpengaruh besar pada ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2- 4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

Demikian menurut Menurut Varney, Setiap wanita yang telah mengalami persalinan prematur memiliki resiko 20-40% untuk terulang kembali. Resiko meningkat atau menurun pada setiap kelahiran prematur atau cukup bulan selanjutnya, secara berturut-turut.<sup>9</sup> Menurut Rini Wahyuni 2017 menunjukkan bahwa sebanyak (43,5%) ibu hamil dengan paritas 1 atau  $\geq 4$  mengalami persalinan preterm dan sebanyak 39 (56,5%) ibu hamil dengan paritas 2-3 bayinya mengalami persalinan preterm, yang artinya secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan persalinan preterm.

Pada kasus ini Ny.S mengalami kontraksi sejak pukul 22.00 (4 Februari 2020), dan keluar air-air yang tidak tertahankan pada pukul 16.00 dan dilakukan pemeriksaan dalam di bidan pada pukul 17.00 ( 5 Februari 2020) dengan hasil vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, ketuban negatif, presentasi kepala hodge I. Ketuban yang sudah pecah diduga menjadi penyebab persalinan prematur pada Ny.S.

Demikian pada anak pertama ibu melahirkan pada usia kehamilan ibu 36 minggu akibat ketuban pecah dini. Demikian pada Ny.S riwayat persalinan prematur dan riwayat ketuban pecah dini juga diduga menjadi faktor predisposisi terjadinya persalinan prematur pada Ny.S.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa ibu mengalami tanda-tanda persalinan prematur pada usia kehamilan 35 minggu yang diduga karena ketuban pecah dini dan riwayat persalinan prematur.

## **B. Data Objektif**

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil tidak terdapat bekas luka, teraba bokong di fundus, bagian sejajar dengan sumbu ibu di kanan (Punggung kanan), bagian terbawah janin teraba kepala sudah masuk PAP konvergen, denyut jantung janin 138 x/menit reguler, his 3 kali dalam 10 menit frekuensi lamanya 25 detik dengan intensitas kuat, kandung kemih penuh. Demikian menurut Sarwono 2009, tanda pada persalinan prematur yaitu adanya kontraksi yang berulang sedikitnya 7-8 menit sekali atau 2-3 kali dalam 10 menit.<sup>14</sup> Demikian pula, menurut Varney, tanda persalinan prematur adanya kram hebat seperti saat menstruasi, nyeri tumpul pada

punggung bawah, nyeri atau adanya tekanan pada suprapubis, senasi adanya tekanan atau berat pada pelvis, kontraksi uterus tidak dapat dipalpasi (nyeri hebat atau tidak nyeri) yang sering dirasakan lebih sering dari setiap 10 menit dan tidak mereda dengan tidur baring.<sup>9</sup>

Pada pemeriksaan abdomen Ny. S didapatkan TFU 24 cm, Menurut Spielberg tinggi fundus uteri pada usia kehamilan 35 minggu adalah 30-31 cm diukur menggunakan pita ukur. Dapat diartikan bahwa TFU pada Ny.S tidak sesuai dengan usia kehamilannya. Maka dari itu didapatkan TBBJ 2.015 gram yang artinya kecil masa kehamilan. Menurut Rycman 2016, Pita ukur juga menjadi alternative lain dalam menentukan usia kehamilan dengan cara mengukur tinggi fundus uteri (TFU). Cara ini sangat sederhana dengan memposisikan ibu hamil berbaring, kemudian dilakukan palpasi abdomen. Mengukur pinggir atas simpisis hingga puncak fundus uteri.

Pada pemeriksaan genetalia didapatkan hasil vulva dan vagina tidak ada kelainan, tidak ada varises, terdapat lendir darah dan air-air depan vulva, tidak ada luka, tidak ada pembesaran kelenjar bartholin. Pemeriksaan dalam portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, ketuban negatif, presentasi kepala, hodge I. Demikian menurut Sarwono 2009 pengeluaran lendir kemerahan atau cairan pervagina, perdarahan bercak, pemeriksaan serviks menunjukkan telah terjadi pembukaan sedikitnya 2 cm dan penipisan 50-80%, presentasi janin rendah sampai mencapai spina isciadika, selaput ketuban pecah dapat merupakan tanda awal terjadinya persalinan prematur.<sup>14</sup> Menurut Varney perubahan karakter atau jumlah rabas vagina lebih kental, lebih encer, berdarah, berwarna coklat, atau tidak berwarna, dan keluar air-air.<sup>9</sup>

Pada kasus Ny. S didapatkan hasil pemeriksaan fisik didapatkan his 3 kali dalam 10 menit frekuensi lamanya 25 detik dengan intensitas kuat tidak hilang saat ibu berbaring, merasa adanya tekanan pada suprapubis, tampak pengeluaran lendir darah dan keluar air-air depan vulva, pembukaan 3 cm, selaput ketuban negatif, penurunan kepala Hodge I. Pemeriksaan ini menunjukkan tanda-tanda ibu mengalami persalinan prematur.

### **C. Analisa**

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapatkan pada Ny. S 30 tahun dengan masalah yang ditemukan adalah persalinan prematur. Analisa ditegakkan berdasarkan data subjektif Ny. S mengalami kram perut seperti menstruasi, nyeri tumpul pada punggung bawah, keluar lendir darah dan air-air, HPHT: 3 Juni 2019 ( taksiran persalinan 12 maret 2020). Sehingga jika dihitung dari hpht usia kehamilan ibu 35 minggu, dan diperkuat dengan data objektif his 3 kali dalam 10 menit frekuensi lamanya 25 detik dengan intensitas kuat tidak hilang saat ibu berbaring, merasa adanya tekanan pada suprapubis, tampak pengeluaran lendir darah dan air-air depan vulva, pembukaan 3 cm, ketuban negatif. Menurut Sarwono 2009, tanda pada persalinan prematur yaitu adanya kontraksi yang berulang sedikitnya 7-8 menit sekali atau 2-3 kali dalam 10 menit, pengeluaran lendir kemerahan atau cairan pervagina, perdarahan bercak, pemeriksaan serviks menunjukkan telah terjadi pembukaan sedikitnya 2 cm.

Pada Ny. S dapat ditegakkan analisa Ny. S usia kehamilan 35 minggu, inpartu kala I fase laten dengan persalinan prematur.

#### **D. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. S memberitahu ibu hasil pemeriksaan keadaan ibu dan janin baik, mempersiapkan Ruang NICU dan ruang perinatologi, melakukan kolaborasi dengan dokter Sp.OG dengan advice melakukan USG dengan hasil Usia kehamilan 34-35 minggu, janin tunggal, denyut jantung positif, ketuban sesuai, plasenta di corpus uteri, Rawat konservatif, pemberian Dexametashone 2 x 6 gr, Inful R1 500 ml dengan 20 tetes/menit selanjutnya memberitahu keluarga bahwa ibu harus dirawat karena resiko kelahiran premature dan memberitahu tentang asuhan dan tindakan yang akan diberikan kepada ibu (informed concent) dan suami setuju atas rawat inap ibu dan asuhan yang akan diberika, memberitahu ibu mengenai tanda tanda persalinan seperti keluar air-air dari jalan lahir, mules lima menit sekali, keluar lendir darah dari jalan lahir, menganjurkan ibu bedrest dan tidak menahan BAK. Ibu mengerti dan BAK menggunakan pispot, menganjurkan ibu makan dan minum.

Menurut komalasari, persalinan prematur harus dilakukan minimal dirumah sakit tipe C yang tersedia NICU dan inkubator hal ini bertujuan untuk penanganan jika ada kegawatdaruratan pada bayi. Pada kasus ini ibu sudah tepat memilihin tempat persalinan yang sudah tersedia NICU dan inkubator.<sup>23</sup> Menurut Mochtar, penatalaksanaan persalinan prematur harus dilakukan kolaborasi bersama dengan dokter spesialis obgyn dan dokter spesialis anak. Persalinan pervaginam spontan dianjurkan bila janin dengan presentasi kepala, jika janin dengan presentasi selain kepala dianjurkan sectio sesarea.<sup>5</sup> Menurut Cunningham penatalaksanaan persalinan prematur mengancam ada beberapa faktor dimana persalinan tidak dapat dihambat bila kondisi selaput ketuban pecah, pembukaan serviks > 4 cm, usia kehamilan dan tafsiran berat badan janin >2000 gram atau kehamilan >34 minggu, terjadi penulit atau komplikasi persalinan prematur, terutama kurangnya neonatal intensive care.<sup>21</sup> Oleh karena itu perlu dilakukan pemberian tokolitik, pematangan surfaktan pada paru-paru janin yaitu kortikosteroid serta mencegah terjadinya infeksi. Setelah itu dilakukan observasi kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin.

Menurut Varney, penatalaksanaan persalinan prematur, melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis obgyn yang menandai pasien, memberikan tokolisis yang memiliki tujuan untuk menghambat kontraksi pada usia kehamilan <34 minggu, pemberian terapi kortikosteroid antenatal yang bertujuan untuk mengurangi resiko gawat pernapasan pada bayi saat lahir, perdarahan intraventikular, dan mortalitas neonatus ketika diberikan pada minggu ke-24 dan 34 gestasi untuk wanita yang beresiko mengalami persalnan prematur dalam 7 hari. Manfaat optimal dimulai 24 jam setelah mulai terapi dan bertahan 7 hari. Waktu 24 jam yang diperlukan untuk mendapatkan manfaat optimal dari pemberian kortikosteroid didapat dari 24 jam terapi tokolitik. Penggunaan kortikosteroid harus lebih dan dosis terapinya sebagai berikut, Betametason 12 mg IM diberikan dalam dua dosis dengan jarak 24 jam atau Dexamethasone 6 mg IM diberikan dalam empat dosis dengan jarak 12 jam.<sup>9</sup>

Hal ini sesuai dengan penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny.S dilakukan pemantauan kontraksi hasil 3 kali dalam 10 menit frekuensi lamanya 25 detik dengan intensitas kuat, pemantauan penurunan kepala 3/5, pembukaan 3 cm. Dan dilakukan juga pemberian kortikosteroid dexametashoe 6 gram secara IV dengan jarak 12 jam, dan tidak diberikan tokolisis karena usia kehamilan ibu menurut hasil pemeriksaan USG dan sesuai perhitungan hpht 35 minggu.

#### **E. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat**

Faktor pendukung dalam pembuatan laporan tugas akhir ini yaitu: adanya komunikasi yang baik dengan pembimbing lahan dalam memberikan asuhan kebidanan, pembimbing lahan selalu memberikan bimbingan, saran dan prasarana pelayanan tersedia, pasien dan keluarga kooperatif dalam pemberian asuhan kebidanan, dan tersedianya alat atau sarana di RS untuk melakukan asuhan kebidanan. Faktor penghambat dalam pembuatan laporan tugas akhir mengenai persalinan prematur yaitu tidak adanya SOP persalinan prematur di RSUD Ciawi.