

BAB V

PEMBAHASAN

A. Data Subjektif

Berdasarkan hasil anamnesa, ibu datang pada tanggal 27 maret 2024 pukul 12.00 WIB dari rujukan Puskesmas ciawi bersama suami karena mengeluh keluar air-air dari pervaginam pukul 20.00 WIB tanggal 26 maret 2024 berwarna jernih tidak dapat ditahan hal ini sesuai pendapat saifuddin,dkk bahwa salah satu tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina secara tiba tiba.¹⁶ namun belum merasakan mulas-mulas maupun keluar lendir darah. Menurut teori dari Sarwono, ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan¹⁶. Ibu sudah mengalami KPD selama 15 jam dan tidak menyadari bahwa KPD adalah tanda bahaya kehamilan serta menunggu suami pulang kerja Menurut teori bahwa Diperlukan pengetahuan yang baik dari ibu hamil mengenai tanda-tanda bahaya pada kehamilan. Jika ibu hamil mengetahui tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan maka ibu-ibu tersebut bisa merencanakan kehamilan dengan baik dan segera memeriksakan diri kepada petugas kesehatan jika termasuk kedalam kehamilan.³⁰ Beberapa ibu hamil tidak memanfaatkan antenatal care di akibatkan karena masih kurangnya akses fasilitas kesehatan, beberapa ibu hamil yang memiliki tempat tinggal yang jauh untuk melakukan pemeriksaan, dan pengetahuan serta sikap ibu yang masih kurang terhadap resiko tinggi kehamilan dan pentingnya melakukan pemeriksaan antenatal care.³¹ Setelah di puskesmas ibu sudah berikan antibiotik profilaksis amoxillin 1x500mg dan cairan infus RL 500 mg.

Pada usia kehamilan ibu dilihat dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) :3 Juli 2023 dan Taksiran Persalinan (TP) :10 April 2024, usia kehamilan ibu saat ini berdasarkan rumus Neagle didapatkan hasil bahwa usia kehamilam ibu 38 minggu. Menurut teori, semakin tua umur kehamilan akan mengakibatkan pembukaan serviks dan selaput ketuban mengalami keregangan yang berpengaruh terhadap selaput ketuban sehingga semakin

melemah dan mudah pecah.³ Ibu tercatat sudah pernah melakukan USG, Hal ini sudah sesuai teori varney bahwa ketuban pecah dini dapat didefinisikan pecahnya ketuban sebelum awitan persalinan tanpa memperhatikan gestasi.¹⁸ tidak mengalami riwayat jatuh pada hamil serta tidak merokok, namun suami perokok aktif dan suka merokok di dalam rumah, menurut teori kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil dan dapat menyebabkan gangguan seperti ketuban pecah dini serta merokok membuat berkurangnya tembaga dan asam askorbik.^{15,20}

Pada kala II ibu mengatakan perutnya semakin mulas dan ingin meneran, yaitu adanya dorongan meneran, hal ini sesuai dengan his yang menjadi lebih kuat, kontraksi 50-100 detik. dan berlangsung 2-3 menit.⁴

Pada kala III dan IV, ibu mengatakan bahagia karena bayi dan ari-arinnya sudah lahir, dikarenakan adanya perubahan psikologis pada kala III, berdasarkan penelitian menurut cahyo, bahwa perasaan lega dan senang setelah persalinan merupakan kenyamanan yang dirasakan setelah persalinan.³²

B. Data Objektif

Pada kasus ini ibu sampai di ponok RSUD Ciawi pada pukul 12.00 dilakukan pemeriksaan umum ibu baik, kesadaran dapat berkomunikasi dengan baik (compos mentis), diperoleh hasil tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik juga didapatkan dalam batas normal, maka ibu belum terdapat tanda-tanda adanya infeksi dilihat dari pemeriksaan suhu, yang dikemukakan oleh sarwono Infeksi yang terjadi pada selaput ketuban merupakan hasil penjaran dari vagina bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini¹⁶

Pada kasus ini dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan CTG, hasil pemeriksaan denyut jantung janin aktif, tidak ada tanda-tanda distress janin atau korioamnionitis. Hal ini sesuai dengan SOP RSUD Ciawi bahwa untuk pasien datang harus dilakukan pemeriksaan CTG untuk mengetahui denyut jantung janin, kontraksi yang muncul, dan pergerakan janin. Sesuai dengan teori tanda gawat janin ditandai dengan

ketidakteraturan detak jantung janin atau lebih dari batas normal yaitu lebih dari 160x/mnt. Gerakan janin yang menurun atau berlebihan menandakan gawat janin. Tetapi, biasanya tidak ada gejala-gejala subjektif. Seringkali indikator gawat janin yang pertama adalah perubahan dalam pola denyut jantung janin (bradikardia dan takikardia). Dalam kasus ini tidak ada tanda gawat janin.³³

Setelah itu, dilakukan pengambilan sampel darah untuk dilakukan pemeriksaan penunjang. Setelah dilakukan pengecekan laboratorium, didapatkan hasil leukosit 16.900/mm³. Sesuai dengan teori untuk menentukan apakah terjadi infeksi ditandai dengan jumlah leukosit > 15.000/mm³. Sehingga, pada kasus ini terdapat infeksi pada pasien yang dapat dilihat dari hasil leukosit.³⁴

Pada pemeriksaan genitalia ibu terdapat pengeluaran air-air setelah dilakukan pemeriksaan menggunakan kertas lakmus. Warna kertas lakmus merah mengalami perubahan menjadi biru. Menurut teori, penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (tes nitrazin) merah menjadi biru.

Ibu dipindahkan ke ruang vk (bersalin) untuk pemeriksaan lanjutan, pada pemeriksaan abdomen His 2x/10'/20" tidak adekuat, menurut teori manuba Frekuensinya satu kali dalam 10 menit, rasa sakit mulai muncul tetapi dapat diatasi oleh penderita, belum menimbulkan pembawa tanda persalinan.²⁶

Pemeriksaan genitalia didapatkan tidak ada varices, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada kelenjar bartholini dan kelenjar skene, portio tebal lunak, Pembukaan 3 cm, selaput ketuban tidak teraba (negatif), teraba kepala uuk kanan depan. Sesuai dengan teori bahwa kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Pada kala II keadaan umum ibu baik, denyut jantung janin (DJJ) 148x/menit regular, his 4x/10'45"adekuat, His Kala kedua kekuatan dan frekuensinya makin bertambah, dapat 4-5 kali dalam 10 menit dan Lamanya sekitar 60

detik.²⁶ kandung kemih kosong. Genitalia: vulva vagina tidak ada kelainan, vulva membuka, perineum menonjol, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, teraba kepala uuk depan, hodge IV, tidak ada molase dan kaput. Berdasarkan hasil pemeriksaan dalam bahwa ibu sudah pembukaan 10 cm mengalami tanda gejala kala II yaitu terdapat vulva membuka, perineum menonjol dan tekanan anus, berdasarkan hasil pemeriksaan yang sudah lengkap¹

Pada kala III abdomen didapatkan tidak ada janin kedua, TFU 2 jari dibawah pusat, hal ini dikarenakan janin sudah keluar dan terjadi pengeluaran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena itu, tempat melekatnya plasenta yang menjadi kecil, maka plasenta menjadi tebal dan mengkerut lalu memisahkan diri dari dinding uterus. Teraba keras hal ini menandakan uterus yang terus berkontraksi setelah pelepasan plasenta, dinding uterus akan berkontraksi. Genitalia keluar semburan darah, tali pusat menjulur di depan vulva. Hal ini sesuai dengan teori tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu perubahan uterus yaitu ukuran dan bentuk, uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim.¹⁴

Pada kala IV pemeriksaan abdomen didapatkan tfu 2 jari di bawah pusat dan teraba keras, hal ini dikarenakan setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari di bawah pusat dan otot-otot uterus berkontraksi. Kandung kemih kosong adalah suatu keadaan baik, kandung kemih yang penuh mendorong uterus ke atas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya karena plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Pemeriksaan genitalia tampak pengeluaran darah sekitar 150 cc. perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.¹⁰ ada laserasi jalan lahir dengan laserasi grade I dari mukosa vagina dan kulit perineum tidak dijahit.¹⁵ Adanya dilakukan pemeriksaan jalan lahir adalah untuk mengevaluasi apakah perdarahan aktif pada perineum dan vagina.

C. Analisa

Pada analisa didapatkan diagnosa Ny.Y usia 32 tahun G3P2A0 dengan ketuban pecah dini di RSUD Ciawi. Analisa tersebut dapat ditegaskan dari adanya keterangan bahwa pasien saat ini kehamilan yang ketiga dan belum pernah keguguran, HPHT : 3 juli 2023. Selain itu, sudah keluar air-air yang tidak bisa ditahan berwarna jernih pada tanggal 26 maret 2024 pukul 20.00 WIB. Serta dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil selaput ketuban sudah tidak teraba, adanya rembesan berwarna jernih yang keluar dari jalan lahir dan berbau khas ketuban yang dilakukan dengan pemeriksaan test nitrazin.

D. Penatalaksanaan

Pada kasus Ny.Y dengan usia kehamilan 38 minggu dilakukan penatalaksanaan dengan terminasi kehamilan. Sesuai dengan teori Sarwono, bila lebih dari 37 minggu bisa dilakukan secara Aktif dan jika terdapat korioamnionitis atau gawat janin maka persalinan harus diterminasi.⁷

Sesuai dengan SOP rumah sakit setiap tindakan yang dilakukan harus dikonsultasikan terlebih dahulu ke dokter SpOg. Setelah dilakukan konsultasi dan mendapatkan jawaban dari dokter SpOG, advice dokter melakukan perintah pukul 12.20 Melakukan pergantian infus cairan RL dengan 20 tetesan/menit, selanjutnya melakukan skintest ceftriaxone dosis 2 gram, dan jika tidak ada tanda-tanda alergi 15 menit kemudian berikan ceftriaxone dosis 2gram pada cairan RL secara IV. Pada kasus ini di Ruang VK (bersalin) pada pukul 14.00 pemberian oksitosin 5 IU yang sudah dicampur oleh cairan RL dan diberikan sebanyak 20 tetes/menit. Menurut teori, Oksitosin dipasang infus Dekstros 5% atau Ringer Laktat dengan 5 Unit Oksitosin, tetesan pertama antara 8-12 tetes permenit dengan perhitungan setiap tetes mengandung 0,0005 Unit/menit. Setiap 15 menit dilakukan penilaian. Jika tidak terdapat his adekuat jumlah tetesan ditambah 4 tetes, sampai maksimal 40 tetes permenit atau 0,02 unit Oksitosin/menit. Tetesan maksimal dipertahankan dalam 2 kali pemberian 500 cc Dekstrose 5%. Jika sebelum tetesan ke-40, sudah timbul kontraksi otot rahim yang adekuat, tetesan terakhir dipertahankan sampai persalinan berlangsung.

Dalam literatur dikemukakan juga, bahwa pemberian oksitosin maksimal setiap menit adalah 30-40 IU atau tetesan sebanyak 40 tetes permenit dengan oksitosin sebanyak 10 IU. Pada tindakan yang dilakukan sesuai diantaranya pemberian tetesan infus dengan bertahap. Pada kasus ketuban pecah dini ini dilakukan Skor Bishop agar mengetahui kematangan serviks agar dapat induksi.²⁷ Dalam rekam medik tidak tertulis hasil dari pemeriksaan skor bishop. Tetapi, menurut penulis, nilai skor bishop tetap dilakukan oleh dokter yang bertanggung jawab. Penulis menilai hasil skor bishop Ny. Y sudah terpenuhi persyaratannya yaitu dengan hasil skor 7 dengan skor hasil pemeriksaan yaitu pembukaan skor 1, penipisan/pendataran serviks skor 1, penurunan kepala skor 1, konsistensi serviks skor 2, posisi skor 2. Pasien sudah bisa langsung diberikan oksitosin untuk induksi persalinan. Sesuai dengan teori bahwa skor bishop pasien sudah lebih dari 5 sehingga keberhasilan setelah dilakukan induksi persalinan yaitu 100%

Menurut teori, jika tidak tercapai kontraksi yang lebih tinggi, pada multipara akselerasi dianggap gagal dan dilakukan tindakan sectio caesarea.¹⁶

Kemudian dilakukan observasi pemantauan TTV, HIS, DJJ, dan warna air ketuban setiap 1 jam. Hal ini dilakukan karena kondisi ibu dan janin dalam keadaan normal walaupun SOP yang seharusnya dilakukan pada kasus KPD bahwa observasi pemantauan harus dilakukan setiap 30 menit, sehingga ini merupakan keterbatasan dari asuhan yang diberikan karena pada pemantauan sebelumnya keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal. Selain itu, observasi pemantauan kemajuan persalinan dilakukan setiap 4 jam sekali untuk memastikan pembukaan pasien bertambah atau tidak.

Setelah memasuki kala II, Memberitahukan keluarga bahwa sudah pembukaan lengkap dan ibu boleh mengedan jika suda hada his (mulas) datang, melibatkan suami untuk mendampingi ibu, meletakkan kain di bokong ibu, membuka partus set dan mendekatkan alat alat partus, mencuci tangan dan memakai sarung tangan kemudian jika kepala sudah di

depan vulva maka melakukan persiapan persalinan secara pervaginam. Melakukan persalinan secara pervaginam dengan asuhan persalinan normal. Hal ini sesuai dengan teori. Adapun prosedur-prosedur yang dilakukan yaitu melindungi perineum (stenen) pada saat kepala crouching selanjutnya tangan kiri pindah ke bagian perineum untuk menahan kepala tangan kanan memeriksa kemungkinan lilitan tali pusat, menunggu kepala restitusi dan putaran paksi luar, kemudian lahirkan bahu setelah itu lahirkan tubuh atas dan lengan dilanjutkan punggung, bokong, tungkai dan kaki dengan Teknik sanggah dan susur.¹⁴ Persalinan berlangsung spontan pukul 17.50 WIB bayi lahir spontan, langsung menangis kuat, tonus otot aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, BB lahir : 2800 gram, PB lahir 47 cm, LK: 30 cm LD : 31 cm.

Pada kala III memberitahu ibu akan segera melahirkan ari-ari dilakukan penyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha bagian atas, melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat 1 menit setelah bayi lahir. Melakukan pemantauan tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah, dan pemanjangan tali pusat. Setelah plasenta lahir pukul 18.00 dilakukan masase uterus selama 15 detik. Sesuai dengan teori bahwa Proses masase dapat merangsang kontraksi uterus dan merupakan rangkaian dari manajemen aktif kala III. Mengecek kelengkapan plasenta Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaputnya lahir dan berlangsung tidak lebih dari 30 menit.¹ Plasenta lahir lengkap dengan Panjang tali pusat sekitar 55 cm. hal ini sesuai teori dengan ukuran tali pusat yang pendek akan membuat bayi sulit bergerak atau berputar ketika masuk ke masa persalinan. Bayi akan merasa terikat dengan tali pusat yang pendek tersebut sehingga ketika seharusnya bayi berputar ke arah panggul, namun tidak bisa terjadi. Panjang tali pusat yang normal adalah 50-60 cm.

Pada kala IV memberitahu ibu hasil pemeriksaan ada luka jalan lahir dengan laserasi derajat 1 yaitu mukosa vagina dan kulit perineum tapi tidak di jahit karena perdarahan tidak aktif dari jalan lahir. Sesuai dengan teori bahwa Tingkat 1: Robekan hanya pada selaput lender vagina dengan atau

tanpa mengenai kulit perineum dan tidak perlu dijahit.¹⁵Melakukan pemeriksaan uterus dan uterus berkontraksi dengan baik. Membersihkan ibu, tempat persalinan dan merapikan alat, merendam bahan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, suhu, penurunan TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan selama 2 jam post partum, yaitu setiap 15 menit sekali pada satu jam pertama dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua.

E. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat

1. Faktor Pendukung

Selama melakukan asuhan kebidanan persalinan, penulis mendapatkan banyak bantuan dari pihak rumah sakit dan sangat dibimbing dalam pengetahuan oleh Dokter, CI, dan bidan sehingga penulis diberi kepercayaan dalam memberikan asuhan kebidanan persalinan ini serta sikap ibu, suami, dan keluarga yang kooperatif.

2. Faktor Penghambat

Selama melakukan pengkajian pada Ny.Y penulis tidak mengalami hambatan dalam apapun.