

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

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

Pada anamnesa didapatkan HPHT Ny. Y tanggal 26 Juni 2023, dengan menggunakan rumus neagle didapatkan HPL tanggal 03 April 2024. UK berdasarkan HPHT, yaitu 39 minggu. Pada saat ibu mengalami KPD, sudah memasuki cukup bulan atau aterm.

Menurut teori pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia selaput ketuban dan adanya pembesaran uterus, kontraksi uterus, gerakan janin yang menyebabkan ketuban mudah pecah.<sup>32</sup> Diperkuat oleh pendapat Prawirohardjo bahwa dalam keadaan normal 8 – 10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD.<sup>11</sup>

Terjadi penurunan kekuatan membran ketuban yang paling dramatis setelah usia kehamilan 38 minggu dimana amnion dan korion lebih tipis.<sup>8</sup> Hal tersebut diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Ade et al di PMB wilayah kerja Desa Bojonggede pada tahun 2021 bahwa saat UK 37-42 sudah mendekati persalinan terjadi peningkatan matrix metalloproteinase yang cenderung menyebabkan KPD.<sup>31</sup>

Hasil anamnesa Ny. Y datang langsung ke rumah sakit sejak tanggal 30 Maret 2024. Ibu mengatakan terasa keluar air-air bercampur lendir ketuban dari jalan lahir saat dirumah pada pukul 08.00 WIB. Hal ini sesuai dengan teori tanda gejala KPD yang ditandai keluarnya ketuban merembes melalui vagina.<sup>22</sup>

Saat usia kehamilan 33 minggu ibu mengeluh keluar keputihan berwarna putih, tidak berbau, dan tidak gatal. Keputihan berlanjut sampai usia kehamilan 38 minggu menjadi berwarna kuning, berbau amis, dan kadang terasa gatal. Tidak pernah menceritakan keputihannya kepada bidan dan dokter saat memeriksakan kehamilannya sehingga belum mendapatkan pengobatan. Keputihan yang dialami ibu berwarna kuning, berbau amis, dan kadang terasa gatal merupakan ciri-ciri keputihan yang disebabkan oleh infeksi bakteri yang sering disebut bakterial vaginosis

atau *Gardnerella vaginalis*. Sesuai dengan teori, bakteri yang dihubungkan dengan KPD salah satunya adalah *Gardnerella vaginalis*, kemudian keputihan yang abnormal dan tidak diobati dapat menginfeksi selaput ketuban dan beresiko menyebabkan KPD.<sup>27</sup>

Teori tersebut diperkuat dengan penelitian yang dilakukan Quoc et al pada tahun 2017-2019 di Rumah Sakit Universitas Kedokteran Hue dan Farmasi di Vietnam menyatakan adanya hubungan keputihan yang disebabkan bakterial vaginosis dengan kejadian KPD. Bakteri penyebab keputihan menginfeksi membran amnion dan selaput ketuban menjadi rentan retak.<sup>28</sup>

Wanita hamil juga rentan terkena infeksi karena suhu tubuh meningkat dan menyebabkan lembab pada area genitalia yang disebabkan peningkatan hormon estrogen. Peningkatan estrogen menghasilkan sekresi vagina, yaitu keputihan.<sup>26</sup>

Keputihan yang dialami ibu dapat juga disebabkan oleh kurangnya menjaga kebersihan diri terutama pada area vagina. Kebiasaan ibu jarang mengeringkan vagina setelah BAK maupun BAB, membiarkan vagina dalam keadaan lembab, dan sering membilas dari anus ke vagina. Hal tersebut sesuai teori bahwa keputihan yang abnormal banyak disebabkan kurangnya menjaga kebersihan diri terutama pada area vagina.<sup>27</sup>

## **B. Data Objektif**

Pada data objektif hasil pemeriksaan fisik pada Ny. Y didapatkan bahwa Ny. Y dalam keadaan baik. Dilihat dari kesadaran Ny. Y dapat diajak berkomunikasi dengan baik sehingga dalam keadaan *compos mentis*. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, dan suhu 36,5 °C. Berdasarkan hasil pemeriksaan TTV Ny. Y KU dan TTV dalam keadaan normal. Menurut Taufan, salah satu tanda infeksi, yaitu adanya demam.<sup>22</sup>

Saat dilakukan pemeriksaan antropometri didapatkan hasil berat badan ibu sebelum hamil 41 kg, setelah hamil berat badan ibu menjadi 54 kg,

tinggi badan 154 cm sehingga didapati hasil bahwa IMT ibu termasuk kategori kurus, yaitu 17,3 dengan kategori IMT normal berkisar 18,5 - 25. Namun, penambahan berat badan selama hamil sudah mencukupi, yaitu 13 kg dari berat badan yang dianjurkan berkisar 12,5 - 18 kg.

Pada pemeriksaan payudara, ditemukan puting susu ibu datar pada kedua payudara. Pada pemeriksaan Leopold 1 bagian fundus janin teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), Leopold 2 teraba bagian janin keras memanjang, seperti papan disebelah kiri (punggung kiri) dan bagian terkecil janin disebelah kanan (ekstremitas), Leopold 3 bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting, dan tidak dapat digoyangkan (presentasi kepala), dan Leopold 4 teraba divergen, perlimaan diatas simfisis. Sesuai teori bahwa salah satu etiologi KPD adalah kelainan letak dan pada kasus ini presentasi janin bukan menjadi salah satu etiologi dari terjadinya KPD.<sup>25</sup>

Pemeriksaan DJJ menggunakan CTG dengan hasil keadaan batas normal dan teratur. Sesuai dengan teori, DJJ dapat menentukan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya. Jika didapati DJJ > 160x/menit atau tidak teratur merupakan tanda gawat janin dan persalinan diterminasi dengan tindakan SC. Dilihat dari kasus ini tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan, yaitu akselerasi persalinan karena tidak menunjukkan gawat janin yang merupakan kontraindikasi dari akselerasi persalinan.<sup>8</sup>

Pemeriksaan his dengan meraba abdomen selama 10 menit dapat dirasakan berapa kali his datang dan berapa lama kontraksi bertahan. Hasil pemeriksaan didapati his 1x10'10". Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada saat pecahnya ketuban pasien belum memasuki inpartu yang ditandai dengan adanya kontraksi atau his dengan frekuensi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan intensitas tidak adekuat.<sup>18</sup>

Pada pemeriksaan inspeksi genetalia terlihat rembesan air ketuban berwarna jernih dan berbau khas ketuban. Hal ini sesuai dengan teori bahwa tanda gejala KPD salah satunya adalah keluarnya ketuban merembes melalui vagina beraroma khas air ketuban dan tidak seperti bau amoniak.<sup>8</sup>

Saat dilakukan pemeriksaan dalam, portio teraba tebal lunak, pembukaan 2 cm, penurunan kepala hodge II. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pecahnya ketuban pada primipara pembukaan kurang dari 3 cm. Dilihat dari hasil pemeriksaan dalam kasus ini ibu primipara masih pembukaan 2 cm sehingga pecahnya ketuban dapat dikatakan KPD.<sup>23</sup> Tetapi, hal ini tidak sesuai dengan SOP RSUD Sekarwangi dimana pada kasus ini penilaian dilatasi dan pendataran serviks dilakukan dengan jari yang seharusnya dilakukan secara inspekulo agar menghindari kejadian infeksi.<sup>36</sup>

Untuk memastikan apakah yang keluar memang cairan ketuban atau bukan, maka dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil selaput ketuban tidak teraba, terdapat sedikit air-air yang masih keluar, dan dilakukan tes nitrazin dengan menggunakan kertas lakmus. Hasil pemeriksaan kertas lakmus merah berubah menjadi biru yang menunjukkan bahwa merupakan benar pengeluaran air ketuban berwarna jernih. Hal ini sesuai dengan teori bahwa diagnosa ketuban pecah dini jika pemeriksaan kertas lakmus merah berubah menjadi biru yang menunjukkan cairan ketuban sudah keluar sebelum waktunya.<sup>8</sup> Hal ini juga sudah sesuai dengan SOP RSUD Sekarwangi, yaitu dilakukannya pemeriksaan tes nitrazin pada kasus KPD.

Pemeriksaan laboratorium didapatkan jumlah leukosit  $18.100/\text{mm}^3$ . Peningkatan jumlah leukosit dapat bersifat patologis maupun fisiologis. Leukositosis pada kehamilan bersifat fisiologis karena selama masa kehamilan terjadi suatu stress fisiologis dan peningkatan respon inflamasi. Stress fisiologis muncul sebagai respons terhadap perubahan yang terjadi di dalam tubuh ibu hamil, termasuk beban kerja jantung, sistem pencernaan, metabolisme, sehingga merangsang produksi sel darah putih untuk meningkatkan kekebalan tubuh. Respon inflamasi tersebut merupakan bentuk suatu toleransi imun selektif tubuh, imunosupresi dan imunomodulasi dari fetus.<sup>41</sup> Jumlah leukosit yang tinggi pada kasus ini tidak dapat disebut sebagai pemicu infeksi karena tidak ada tanda infeksi lainnya yang terjadi, seperti demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, dan DJJ bertambah cepat.<sup>22</sup>

Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai indeks cairan ketuban untuk mengetahui tindakan selanjutnya. Hal ini tidak sesuai dengan SOP RSUD Sekarwangi yang sudah berlaku, yaitu pada kasus KPD perlu pengawasan dengan USG secara periodik untuk menilai cairan amnion dan kondisi janin dan tidak ada pemeriksaan lain yang menunjang untuk menilai cairan amnion.<sup>36</sup>

Dari hasil skor bishop yang dilakukan pada Ny. Y mendapat skor bishop  $> 5$ , yaitu 7. Pembukaan serviks Ny. Y ketika dilakukan pemeriksaan dalam, yaitu pembukaan 2 cm mendapat skor bishop 1, penipisan serviks 2 cm setengah menipis mendapat skor bishop 1, penurunan kepala janin pada Hodge II mendapat skor bishop 1, konsistensi serviks lunak mendapat skor bishop 2 dan posisi janin anterior mendapat skor bishop 2. Sesuai dengan teori jika skor bishop 5 atau lebih, maka diperbolehkan untuk dilakukan akselerasi persalinan.<sup>19</sup>

### C. Analisa

Hasil pengkajian dari data subjektif diperoleh pada kasus ini Ny. Y usia 21 tahun persalinan pertama tidak pernah keguguran. HPHT tanggal 26 Juni 2023. Sudah keluar air-air berwarna jernih bercampur lendir ketuban disertai mulas yang masih jarang dan lemah pada tanggal 30 Maret 2023, belum keluar lendir darah, dan gerakan janin masih dirasakan. Ibu mengatakan sering mengalami keputihan dari usia kehamilan 33-38 minggu.

Hasil data objektif, TTV dalam batas normal, kedua puting susu datar, vulva tidak ada oedema, vagina tidak ada varises, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, selaput ketuban tidak teraba, ketuban berwarna jernih, Hodge II, presentasi kepala, UUK kiri depan, tidak ada molase. Telah dilakukan pemeriksaan tes lakmus dengan hasil kertas lakmus merah berubah menjadi biru, hasil pemeriksaan CTG detak jantung janin dalam keadaan batas normal, dan hasil pemeriksaan laboratorium hasil pemeriksaan leukosit  $18.100/\text{mm}^3$ .

Berdasarkan data subjektif dan objektif dapat ditegakkan diagnosa Ny. Y usia 21 tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu dengan ketuban pecah dini, janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

#### **D. Penatalaksanaan**

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif serta analisa yang telah ditegakkan, maka disusun asuhan sesuai dengan kebutuhan pasien. Penatalaksanaan yang diberikan pada kasus ini dengan cara aktif karena usia kehamilan >37 minggu.

Penanganan secara aktif, yaitu dengan berkolaborasi dengan dokter obgyn. *Advice* dokter dilakukan pemberian antibiotik cefazoline 1x2 gram dalam cairan NaCl 0,9% 100 ml dengan tetesan loading jika tidak ada alergi, kemudian dilakukan tindakan akselerasi persalinan dengan pemberian infus RL 500 cc drip oksitosin 5 IU 20 tpm jika serviks sudah matang. Hal ini sesuai dengan SOP RSUD Sekarwangi mengenai penatalaksanaan ketuban pecah dini pada usia kehamilan  $\geq$  34 minggu perlu diberikan antibiotik untuk mengurangi infeksi maternal dan neonatal, kemudian pertimbangkan untuk dilakukan akselerasi persalinan.

Pada pukul 17.20 WIB memberikan antibiotik cefazoline 1x2 gram dalam cairan NaCl 0,9% 100 ml dengan tetesan loading. 15 menit sebelumnya telah dilakukan skin test. Cefazoline tergolong ke dalam antibiotik profilaksis yang diberikan untuk mencegah infeksi.

Ny. Y dapat dilakukan akselerasi persalinan karena telah memenuhi persyaratan dilakukannya akselerasi persalinan dengan hasil bishop skor 7 sesuai dengan *advice* dokter, yaitu pemberian infus RL drip oksitosin 5 IU 20 tpm jika serviks sudah matang pada pukul 18.30 WIB.

Sejalan dengan teori persyaratan untuk dapat dilaksanakannya akselerasi persalinan dengan persyaratan kondisi serviks baik dengan skor 5 atau lebih dan akselerasi persalinan biasanya berhasil.<sup>19</sup>

Pemberian akselerasi oksitosin sesuai teori adalah drip oksitosin dengan tetesan dimulai 8 tpm, jika tidak ada kemajuan dinaikan 4 tpm setiap 30 menit sampai his timbul secara teratur dan adekuat maka kadar

tetes oksitosin dipertahankan sampai persalinan selesai, yaitu sampai 1 jam sesudah lahirnya plasenta.<sup>19</sup>

*Advice* dokter menyarankan pemberian infus pada Ny. Y 20 tpm tidak sesuai dengan teori dan tidak termasuk asuhan sayang ibu. Hal tersebut dapat membuat kontraksi yang dirasakan Ny. Y terlalu kuat sehingga tidak ada relaksasi rahim pada Ny. Y dengan ditandai Ny. Y terlihat gelisah dan tidak nyaman. Bidan harus respons terhadap nyeri yang dirasakan oleh pasien, perlunya pengukuran intensitas nyeri menggunakan skala rentang 0-10 dimana 0 tidak ada nyeri, 1-2 nyeri ringan, 3-4 nyeri sedang, 5-6 nyeri berat, 7-8 nyeri sangat besar, 9-10 nyeri buruk sampai tidak tertahankan. Pada kasus ini perlunya penilaian intensitas nyeri oleh bidan karena pasien dalam akselerasi persalinan drip oksitosin yang memerlukan pemantauan ketat agar tidak terjadi hiperstimulasi dan tetap memberikan kenyamanan pada pasien.

Selain itu, peran bidan yang dapat dilakukan adalah memberikan dukungan dan semangat kepada ibu untuk tetap bersabar dan tenang dalam menjalani proses persalinan, mengajarkan teknik relaksasi nafas dan mengajarkan massase punggung ibu kepada suami dengan teknik *deep back massage* untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.

Pemenuhan nutrisi juga merupakan faktor penting dalam persalinan untuk menjamin kecukupan energi. Sebagian besar menolak mengonsumsi makanan dikarenakan rasa nyeri yang semakin kuat dan sering. Peran bidan menganjurkan memberikan asupan dalam bentuk yang mudah dicerna dan cepat diserap menjadi energi, enak, tidak menyebabkan rasa mual, praktis, dan cocok dengan keadaan ibu yang akan bersalin, seperti telur, madu, dan *mixed juice*.

Peran bidan melakukan observasi kontraksi dan DJJ setiap 30 menit sekali untuk memantau kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin. Dari hasil pemantauan DJJ dalam keadaan normal dan setelah dilakukan akselerasi persalinan kontraksi ibu semakin bertambah, sering, dan kuat. Hal ini sudah sesuai dengan SOP RSUD Sekarwangi yaitu *pasca* prosedur

tindakan akselerasi persalinan perlunya observasi kemajuan persalinan dan DJJ.<sup>36</sup>

Pukul 19.30 WIB ibu mengeluh mulas yang dirasakan semakin kuat dan sering, serta sudah ada rasa ingin BAB dan meneran. Saat dilakukan pemeriksaan genetalia didapatkan pengeluaran lendir darah, perineum menonjol, vulva vagina membuka, terdapat tekanan pada anus, pembukaan 10 cm, selaput ketuban tidak teraba, terdapat pengeluaran air ketuban, Hodge III. Hal tersebut sesuai teori merupakan tanda dan gejala kala II. Pemeriksaan dalam dilakukan kembali sebelum 4 jam yang merupakan ketidaksesuaian dengan SOP RSUD Sekarwangi karena pemeriksaan dalam dilakukan dengan jari melainkan dengan inspekulo.<sup>36</sup>

Setelah mengetahui pembukaan lengkap, peran bidan memberitahu ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan, memberikan kesempatan kepada ibu untuk memilih posisi bersalin yang nyaman, mengajarkan cara meneran yang benar.

Pukul 19.35 WIB dilakukan kateterisasi pada Ny. Y karena kandung kemih teraba penuh dan jika kandung kemih penuh akan mengganggu proses persalinan. Pukul 19.40 melakukan asuhan persalinan normal. Pukul 19.45 WIB melakukan episiotomi mediolateralis karena perineum ibu kaku. Hal ini sesuai dengan teori bahwa dilakukan episiotomi untuk memperluas jalan lahir sehingga bayi lebih mudah untuk dilahirkan dan tindakan episiotomi dilakukan pada primigravida atau pada wanita dengan perineum yang kaku. Waktu episiotomi sudah sesuai dengan teori, yaitu saat kepala janin sudah tidak masuk kembali ke dalam vagina.<sup>42</sup>

Bayi lahir spontan pada pukul 19.52 WIB, menangis lemah, kulit sianosis, bergerak lemah, jenis kelamin perempuan. Bayi mengalami asfiksia dan langsung dibawa oleh perawat perinatal untuk dilakukan penanganan resusitasi.

Penilaian apgar skor pada menit ke-1 dengan skor 6/8. Menurut klasifikasi asfiksia, bayi mengalami asfiksia sedang. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan salah satu etiologi dari asfiksia dalam kasus ini adalah ketuban pecah dini yang mengakibatkan penekanan pada tali pusat



sehingga menyebabkan aliran darah yang membawa oksigen pada bayi berkurang. dan induksi oksitosin dengan pemberian tetesan yang tidak sesuai teori.<sup>43</sup>

Setelah bayi lahir dan memastikan tidak ada janin kedua, melakukan suntik oksitosin sebanyak 5 IU pada 1/3 paha luar secara IM. Disuntikkan hanya 5 IU karena saat awal sudah diberikan 5 IU untuk drip oksitosin. Setelah disuntikkan oksitosin, dilakukan penegangan tali pusat terkendali dan terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu tali pusat memanjang, terdapat semburan darah, dan uterus globuler. Plasenta lahir spontan pukul 19.58 WIB. Melakukan massase uterus selama 15 detik. Hasilnya terdapat kontraksi uterus, uterus teraba keras dan globuler. Kemudian memeriksa kelengkapan plasenta, selaput plasenta utuh dan kotiledon lengkap.

Kemudian mengecek laserasi, terdapat laserasi dikarenakan ibu dilakukan episiotomi. Laserasi terdapat pada bagian mukosa vagina, kulit perineum, sampai otot perineum (laserasi derajat 2). Dilakukan penjahitan dengan benang *catgut chromic* dengan teknik jelujur dan satu-satu menggunakan anastesi lidocain 1%. Pemberian anastesi lidocain ketika dilakukan penjahitan merupakan salah satu asuhan sayang agar ibu tidak merasakan kesakitan yang hebat ketika dijahit. Hal ini sudah sesuai dengan teori pada manajemen aktif kala III yang dimulai saat bayi lahir sampai plasenta lahir.<sup>20</sup>

Setelah penjahitan selesai, pukul 20.15 WIB memberikan drip oksitosin 20 IU ke dalam infus RL yang terpasang untuk mencegah perdarahan dengan tetesan 20 tpm sesuai *advice* dokter. Hal ini sesuai dengan teori bahwa komplikasi yang dapat timbul dari KPD dan akselerasi persalinan adalah perdarahan postpartum. Dalam kasus ini untuk mencegah terjadinya perdarahan postpartum, karena ibu dengan riwayat KPD, riwayat akselerasi persalinan, dan diepisiotomi, maka diberikan drip oksitosin 20 IU ke dalam larutan RL. Oksitosin diberikan secara IV karena akan cepat merangsang kontraksi uterus dan cairan RL akan membantu mengganti volume cairan yang hilang. Pemberian uterotonika oksitosin

yang diberikan pada kala III atau kala IV terbukti mengurangi volume darah yang hilang dan kejadian perdarahan postpartum sebesar 40%.<sup>37</sup>

Kemudian merapihkan ibu, tempat, dan alat. Peran bidan selanjutnya adalah melakukan observasi kala IV. Observasi keadaan ibu dan memastikan tidak ada komplikasi yang terjadi. Hasil observasi pada kala IV, tanda-tanda vital, kontraksi uteus, kandung kemih, dan perdarahan dalam batas normal. Hal ini sudah sesuai dengan teori manajemen kala IV, yaitu dilakukan observasi pada tanda-tanda vital, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.<sup>17</sup>

Peran bidan pada kala IV juga mengajarkan massase uterus dan menilai kontraksi kepada ibu. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, hidrasi, istirahat, dan jika ingin BAK tidak boleh ditahan. Pada pukul 21.00 WIB bidan memberikan terapi oral cefadroxil 500 mg 3x1, asam mefenamat 500 mg 3x1, dan SF 60 mg 1x1 kepada Ny. Y untuk mengurangi rasa nyeri, mencegah infeksi, dan mencegah anemia.

Pada 2 jam postpartum ibu sudah bisa mobilisasi miring kiri dan kanan, dan BAK spontan ke kamar mandi. Hal ini sudah sesuai dengan teori bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum.<sup>17</sup>

Peran bidan memberikan konseling kepada ibu mengenai rasa mulas yang masih dirasakan oleh ibu merupakan hal yang normal karena dalam proses pengecilan rahim ke keadaan semula. Mengajarkan ibu mobilisasi dengan duduk di atas tempat tidur. Menjelaskan kepada ibu untuk tidak khawatir dan menahan jika ingin BAK dan BAB dan menjelaskan bagaimana cara membersihkan vagina yang benar. Memberikan penjelasan mengenai tanda bahaya pada ibu nifas dengan harapan jika ibu mengetahui tanda bahaya tersebut agar segera memanggil bidan dan dapat ditangani dengan segera.