

BAB V

PEMBAHASAN

A. Data Subjektif

Ibu datang mengeluh keluar air-air berwarna jernih dari jalan lahir sejak tanggal 28 Maret 2024 pukul 01.00 WIB, ibu belum merasakan adanya tanda-tanda persalinan seperti mulas atau keluar lendir, ibu baru merasakan adanya mulas dan pengeluaran lendir 5 jam setelah keluar air-air. Hal ini sesuai dengan teori menurut Manuaba ketuban pecah dini yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan.⁷

Tanda inpartu atau masuknya seorang ibu hamil pada fase persalinan salah satunya adalah kontraksi yang terjadi teratur, minimal $2 \times 10'20''$.³⁰ Teori-teori ini sesuai dengan kasus ibu yang sudah keluar air-air sebelum adanya kontraksi yang adekuat.^{7,30}

Berdasarkan hasil menghitung usia kehamilan dari HPHT ibu tanggal 28 Juni 2023 maka didapatkan usia kehamilan ibu saat ini adalah 39 minggu dengan taksiran persalinan pada tanggal 5 April 2024. Menurut teori yang disampaikan oleh sarwono dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini.¹ Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Liberty pada tahun 2021 bahwa sebagian besar kejadian ketuban pecah dini terjadi pada ibu bersalin dengan usia kehamilan 37-42 minggu hal ini disebabkan karena pada trimester tiga kondisi selaput ketuban mudah pecah yang ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim serta gerakan janin.¹⁴ Pada kasus ini dapat dikatakan terjadi karena usia kehamilan sudah aterm dan selaput ketuban mudah pecah.

Pada pengkajian riwayat personal hygiene ibu jarang mengganti celana dalam ketika sudah lembab. Jika hal tersebut tidak diperhatikan dan ibu hamil tidak mengganti celana dalamnya tiap kali basah atau lembab

maka bisa menyebabkan infeksi.¹³ Menurut penelitian celana dalam yang lembab dapat memudahkan terjadinya infeksi pada organ genitalia.³¹ Sedangkan menurut penelitian lain menyebutkan infeksi dapat menjadi penyebab terjadinya ketuban pecah dini karena terjadi kelemahan pada bagian selaput ketuban sehingga terjadi kerapuhan yang menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya.¹²

Ibu pernah mengalami keputihan pada usia kehamilan 8 bulan, keputihan berbau dan berwarna putih. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Intan MS, tahun 2021 di RS Dr. Hafiz Cianjur menunjukkan bahwa 75% ibu yang mengalami keputihan juga mengalami KPD. Akibat dari infeksi keputihan salah satunya adalah ketuban pecah dini.³²

Keputihan biasa dialami oleh ibu hamil karena adanya perubahan hormonal namun jika keputihan disertai gatal dan berbau kemungkinan menunjukkan adanya infeksi yang jika tidak ditangani akan berisiko mengalami KPD.³⁸ Menurut penelitian yang dilakukan Idaman, dkk pada tahun 2019 jika mengalami keputihan dan tidak diobati maka bakteri vagina akan menginfeksi selaput ketuban dan menyebabkan pecahnya selaput ketuban.¹³

B. Data Objektif

Ibu datang ke PONEK RSUD pada pukul 09.50 WIB kemudian dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada ibu meliputi pemeriksaan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 89 ×/menit, respirasi 20 ×/menit, suhu 36°C. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan semuanya dalam batas normal. Berdasarkan teori tanda infeksi yang mungkin dialami oleh ibu ditandai dengan suhu tubuh ibu lebih dari 38°C serta terdapat peningkatan denyut nadi ibu lebih dari 100 ×/menit setelah ketuban pecah.¹ Pada kasus ini suhu tubuh dan denyut nadi ibu dalam batas normal, yang artinya ibu tidak mengalami tanda infeksi.

Pada pemeriksaan abdomen hasil pemeriksaan TFU ibu yaitu 29 cm, pemeriksaan leopard menunjukkan bagian terbawah adalah kepala sudah masuk PAP, DJJ 141 ×/menit, HIS tidak adekuat 1×10'15". Detak jantung janin dalam batas normal, hal ini menandakan tidak terjadi infeksi salah satu

tanda infeksi yaitu detak jantung janin yang lebih dari 160 \times /menit dan kehamilan harus segera di terminasi dengan seksio sesarea.²⁸ Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ikha Prastiwi, dkk. Pada tahun 2020 bahwa pada kejadian ketuban pecah dini bisa menyebabkan pembukaan serviks yang lambat sehingga HIS atau kontraksi menjadi tidak adekuat, bila kantong ketuban pecah saat serviks masih keras dan menutup maka sering terjadi pembukaan serviks yang lambat serta kontraksi rahim yang tidak efisien.³⁶

Pada pemeriksaan genitalia, saat dilakukan pemeriksaan inspeksi terlihat pengeluaran air-air berwarna jernih berbau khas ketuban, pada pemeriksaan dalam didapatkan hasil portio tebal lunak, pembukaan satu cm selaput ketuban tidak teraba, terdapat pengeluaran air-air berwarna jernih. Berdasarkan teori menurut sarwono pada kejadian ketuban pecah dini keluarnya air ketuban berupa cairan jernih dari vagina dan selaput ketuban yang tidak teraba, cairan ketuban yang berwarna keruh dan berbau menandakan adanya infeksi.¹ Adanya penipisan dan pembukaan pada serviks yang terjadi menunjukkan bahwa sudah memasuki proses persalinan(inpartu).⁹

Kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan USG dan pemeriksaan laboratorium. Ibu memeriksakan diri ke klinik M dan melakukan USG, hasil USG menunjukkan jumlah air ketuban sudah berkurang sehingga perlu segera di rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap seperti rumah sakit. Sesuai teori analisa ketuban pecah dini pada ibu hamil dapat ditegakan dilihat dari hasil USG yang menunjukkan berkurangnya volume cairan amnion atau cairan ketuban.¹⁹

Dilakukan pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar leukosit ibu 9.200/ui, menurut teori tanda infeksi pada ibu dengan ketuban pecah dini adalah kadar leukosit yang lebih dari 15.000/ui.¹ Pada kasus ini leukosit ibu normal dan tidak menunjukkan adanya infeksi.

C. Analisa

Pada kasus ini dapat ditegakkan diagnosa Ny.A usia 28 tahun G1P0A0 dengan ketuban pecah dini. Ditegakkannya analisa Ny.A usia 28 tahun dengan ketuban pecah dini pada kasus ini berdasarkan hasil pengkajian data subjektif bahwa pasien memberi keterangan ini kehamilan yang pertama dan tidak pernah keguguran, HPHT : 28 Juni 2023, pasien juga mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak tanggal 28 Maret 2024 pukul 01.00 WIB. Berdasarkan pengkajian data objektif pada pemeriksaan genitalia didapatkan terdapat pengeluaran air-air berwarna jernih berbau khas ketuban, pada pemeriksaan dalam didapatkan bahwa selaput ketuban sudah tidak teraba.

D. Penatalaksanaan

Berdasarkan pada analisa yang sudah ditegakkan maka dapat dibuat penatalaksanaan yang sesuai dengan dengan kebutuhan pasien, menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa pasien mengalami ketuban pecah dini namun keadaan ibu dan janin baik dalam batas normal dan akan terus dilakukan observasi.

Melakukan penanganan kasus ketuban pecah dini, setelah dilakukan konsultasi dan mendapatkan advice dari dr.SpOG, melaksanakan advice dokter memberikan antibiotik amoksilin 3×500 mg dan memperhatikan tanda infeksi. Pemeberian antibiotik ini sesuai dengan SOP yang berlaku di rumah sakit untuk penanganan ketuban pecah dini. Hal ini juga sejalan dengan teori yang dikemukakan sarwono bahwa pasien ketuban pecah dini dengan perawatan koservatif diberikan antibiotik. Menurut Mohd. Andalas, dkk tahun 2019 semua pasien dengan KPD harus diberikan terapi antibiotik atau profilaksis antibiotik.¹⁰

Antibiotik profilaksis adalah antibiotik yang digunakan bagi pasien yang belum terkena infeksi, tetapi diduga mempunyai peluang besar untuk terkena infeksi.³⁷ dan berdasarkan teori menurut Manuaba pada kejadian ketuban pecah dini peluang terjadinya infeksi lebih tinggi akibat adanya hubungan langsung antar dunia luar dan ruang dalam rahim.⁷

Melaksanakan advice dokter yaitu melakukan terminasi kehamilan dengan induksi persalinan menggunakan misoprostol 25 µg atau 1/8 tablet pervagina dengan evaluasi setiap 6 jam. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu, lakukan induksi dengan oksitosin atau bisa pula diberikan misoprostol 25-50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali, bila terjadi infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan akhiri persalinan dengan seksio sesarea.¹

Sebelum dilakukan induksi persalinan terlebih dahulu dilakukan penilaian kematangan serviks karena salah satu indikasi induksi persalinan adalah menentukan kondisi serviks. Matang atau tidaknya kondisi serviks dapat dinilai melalui skor bishop.³²

Kesenjangan yang ditemukan pada kasus ini yaitu tidak diterapkannya pematangan serviks terlebih dahulu sebelum induksi persalinan, karena pada kasus ini berdasarkan pemeriksaan dalam portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, penurunan kepala H I, posisi serviks searah dengan sumbu jalan lahir sehingga didapatkan skor bishop masih kurang dari 5 tetapi kemudian langsung dilakukan induksi persalinan. Sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh sarwono bahwa induksi harus dilakukan dengan memperhatikan skor bishop dimana bila skor pelvik lebih dari 5 lakukan pematangan serviks terlebih dahulu baru kemudian lakukan tatalaksana induksi persalinan, bila skor pelvik kurang dari 5 langsung lakukan induksi persalinan.¹

Pada kasus ini pemeriksaan dalam atau vaginal touch (VT) dilakukan pertama kali pada saat ibu datang serta dilakukan induksi persalinan dengan pemberian misoprostol pervagiman tiap 6 jam sekali. Menurut teori VT dalam kasus KPD perlu dipertimbangkan dan perlu dibatasi karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganusme ini bisa menjadi pathogen dengan cepat. Pemeriksaan dalam hanya dilakukan pada kasus KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan.²⁸ Pada kasus ini ibu sudah memasuki

proses persalinan dan dilakukan induksi persalinan dengan misoprostol pervagina, maka pemeriksaan dalam perlu dilakukan.

Setelah ketuban rembes pada pukul 01.00 WIB tanggal 28 Maret 2024, pada tanggal 29 Maret 2024 pukul 10.30 WIB ibu mengeluh mulas semakin kencang, dan ada rasa ingin meneran. Kemudian dilakukan pemeriksaan terlihat terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol, kepala janin sudah tampak di depan vulva, pembukaan sudah 10 cm, pengeluaran air-air berwarna keruh. Yang artinya ibu sudah memasuki fase persalinan kala II, sejalan dengan teori yang mengatakan tanda gejala kala II tanda gejala kala II meliputi adanya dorongan ingin meneran, terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva vagina membuka, meningkatnya pengeluaran lendir darah, pembukaan lengkap, kepala bayi terlihat melalui introitus vagina.⁹

Setelah meneran selama beberapa waktu didapatkan HIS ibu yang tidak adekuat sedangkan bayi harus segera dilahirkan karena ibu sudah mengalami KPD selama 1 hari, kemudian melakukan konsultasi dengan dr.SpOG dan mendapatkan advice untuk memasang infus RL 500 ml dengan drip oksitosin 2,5 IU dengan kecepatan 20 tetes per menit.

Menurut teori pemberian drip oksitosin diberikan untuk meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus agar adekuat yang dinamakan dengan akselerasi persalinan, salah satu indikasi dilakukannya akselerasi persalinan adalah ketuban pecah dini.²⁵ Hal ini sudah sesuai dengan teori karena pada ibu terjadi his yang tidak adekuat dan ibu juga mengalami KPD maka dilakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin.

Pada kasus ini pemberian drip oksitosin diatur dalam 20 tetes per menit. Hal ini tidak sejalan dengan teori dimana seharusnya dalam pemberian infus drip oksitosin tetes per menit lebih diperhatikan karena menurut teori tatalaksana pemberian drip oksitosin seharusnya dimulai dari 10 tetes per menit yang kemudian dinaikan 10 tetes per menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat.²⁵

Ibu dipimpin untuk bersalin dengan teknik APN, kemudian dilakukan episiotomi saat ibu merasa mulas atau terdapat his dan saat kepala bayi sudah crowning, episiotomi dilakukan atas indikasi perineum ibu yang kaku. Bayi lahir spontan, hidup pukul 10.55 WIB langsung menangis, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan.

Menurut teori episiotomi dilakukan untuk melebarkan jalan lahir sehingga mempermudah kelahiran.³³ Indikasi dilakukannya episiotomi adalah gawat janin, perineum yang kaku dan pendek, pada persalinan dengan kemungkinan rupture hingga ke dalam rektum, pada janin prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala, pada bayi besar dan kelainan letak.²⁶ Dilakukannya episiotomi pada kasus ini berjalan sesuai dengan teori dimana harus dilakukan karena perineum ibu yang kaku.

Setelah bayi lahir memeriksa janin kedua, tidak ada janin kedua kemudian menyuntikan oksitosin, lalu menjepit dan memotong tali pusat melakukan penegangan tali pusat terkendali dan melihat tanda pelepasan plasenta. Plasenta lahir pukul 11.00 WIB kesan lengkap, kemudian melakukan masase fundus 15 detik, kontraksi ibu baik, memeriksa kelengkapan plasenta, plasenta lengkap, kotiledon dan selaput utuh. Menurut teori manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lahir lebih cepat, komponen manajemen kala III terdiri dari pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melakukan masase fundus uterus.³⁰

Penatalaksanaan selanjutnya memberitahu ibu bahwa terdapat robekan jalan lahir dan akan dijahit, melakukan penjahitan perineum tanpa menggunakan anastesi dengan teknik jelujur dan satu-satu. Menurut bidan di rumah sakit penjahitan dilakukan tanpa anastesi bertujuan untuk proses penyembuhan luka. Pada penelitian yang dilakukan oleh Nopi Hendriani pada tahun 2019 menyebutkan bahwa luka jahitan dengan anastesi lidokain memiliki kesembuhan rata-rata lebih lama dibandingkan dengan luka jahitan tanpa anastesi lidokain.³⁴

Namun pemberian anastesi dalam penjahitan luka perineum merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan penjahitan tanpa anastesi tidak sejalan dengan teori asuhan sayang ibu dimana seharusnya memberikan asuhan yang membantu ibu merasa aman dan nyaman selama proses persalinan dan berpusat pada pasien bukan pada petugas kesehatan.³⁰ Karena penjahitan sangat menyakitkan dan menggunakan anastesi lokal merupakan asuhan sayang ibu.⁹

Kemudian melakukan observasi kala IV setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam kedua melakukan pemantauan pada tanda-tanda vital, perdarahan, kontraksi dan kandung kemih. Menurut teori dua jam setelah persalinan merupakan saat paling kritis bagi pasien maka perlunya dilakukan observasi tiap 15 menit sekali pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada satu jam berikutnya.³⁰ Ibu diberikan obat amoxilin 3×500 mg, asam mefenamat 3×500 mg dan sf 1×1 peroral.

E. Faktor Pendukung dan Penghambat

1. Faktor Pendukung

Dalam memberi asuhan penulis mendapat dukungan, masukan, kepercayaan, serta ilmu pengetahuan yang bermanfaat dari banyak pihak di rumah sakit bagi berlangsungnya asuhan yang diberikan kepada pasien yang juga sejalan dengan program tetap rumah sakit. Sikap pasien dan keluarga pasien yang kooperatif sepanjang asuhan berlangsung memudahkan penulis dalam melakukan pengkajian serta memberi asuhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Faktor Penghambat

Penulis tentu saja menemukan hambatan dalam melakukan pengkajian dan memberikan asuhan kepada pasien, seperti sulitnya menemukan waktu yang tepat antara penulis dan klien dalam melakukan kunjungan.