

BAB V

PEMBAHASAN

A. Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data subjektif yang telah dilakukan Ny. R datang ke RSUD Sekarwangi pukul 08.15 WIB tanggal 1 Mei 2024 mengeluh keluar air banyak dari kemaluannya berwarna jernih sejak pukul 22.00 WIB tanggal 30 April 2024 belum terdapat pengeluaran lendir bercampur darah dari kemaluannya. Keluhan tersebut sesuai dengan tanda gejala ketuban pecah dini yaitu keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, aroma air ketuban yang berbau amis tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes.¹⁹

Dalam pengkajian riwayat kehamilan sekarang Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pada tanggal 23 Agustus 2023 dan Hari Perkiraan Lahir (HPL) pada tanggal 5 Mei 2024, apabila dihitung dari HPHT usia kehamilan ibu baru 34 minggu. Menurut teori apabila ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut dengan ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Ketuban pecah prematur pada preterm yaitu pecahnya membran chorio-amniotik sebelum onset persalinan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau disebut juga *Preterm Premature Rupture of Membrane = Preterm Prelabour Rupture of Membrane = PPROM*.¹²

Pada pengkajian riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu didapatkan bahwa ibu pernah mengalami ketuban pecah dini juga tepatnya pada usia kehamilan 34 minggu. Hal ini selaras dengan teori bahwa riwayat KPD dikehamilan sebelumnya dapat menjadi salah satu penyebab dari kejadian KPD dikarenakan komposisi dari membran yang menjadi rapuh dan kandungan dari kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.¹⁵

Saat pengkajian didapatkan bahwa ibu tidak suka makan buah-buahan, menurut teori kadar vitamin C yang rendah pada ibu dapat meningkatkan resiko terjadinya ketuban pecah dini. Secara khusus vitamin C membantu terbentuknya jaringan kolagen sebagai jaringan ikat untuk memperkuat membrane ketuban, menghindari infeksi yang menyebabkan KPD. Kerusakan

kolagen sebagai komponen utama dari matriks ekstraseluler membran ketuban (amnion dan korion), dianggap sebagai faktor utama terjadinya ketuban pecah dini.¹⁸

Dalam pengkajian didapat bahwa ibu seorang ibu rumah tangga, ibu selalu melakukan aktivitas seperti menyapu, mengepel, memasak dan mencuci, rutinitas ini dilakukan setiap hari walaupun ibu sedang hamil ibu tidak mengurangi aktivitasnya. Bahwa kategori pekerjaan ibu ditemukan kejadian KPD tertinggi terjadi pada ibu yang tidak bekerja, hal ini karena ibu hamil yang tidak bekerja bukan berarti tidak memiliki kegiatan, namun ibu hamil yang pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga memiliki pekerjaan yang selalu berulang seperti memasak, mencuci, menyapu sehingga kurangnya waktu istirahat yang mengakibatkan kelelahan sehingga timbul keluhan berupa sakit perut bagian bawah atau terjadinya kontraksi yang bisa menyebabkan ketuban pecah dini sebelum waktunya.⁵

Pada catatan perkembangan 2 hari setelah terapi konservatif pada tanggal 3 Mei 2024 pukul 01.00 WIB ibu mengeluh merasa kencang-kencang pada perutnya namun tidak sering. Keluhan tersebut sesuai tanda persalinan salah satunya adanya kontraksi atau his. Ada 2 macam kontraksi yaitu kontraksi palsu dan kontraksi sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur. Sedangkan pada kontraksi sebenarnya merasakan kencang-kencang sering, waktunya lama dan kuat.⁹

Pada catatan perkembangan setelah dilakukan induksi, tanggal 3 Mei 2024 pukul 09.00 WIB ibu mengeluh mulasnya sudah semakin sering dan nyeri pada pinggang. Keluhan tersebut sesuai teori tanda persalinan yaitu timbul his yang menimbulkan nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan. pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, mulas semakin lama, sering dan teratur, berpengaruh pada pembukaan serviks.⁸

Pada catatan perkembangan tanggal 3 Mei 2024 pukul 12.00 WIB ibu mengatakan mulas semakin sering, kuat dan ada keinginan untuk mengedan dan sudah ada pengeluaran lendir bercampur darah. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat karena biasanya kepala janin sudah masuk diruang

panggul, maka pada his akan dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin mencedan.²³

Setelah bayi lahir ibu masih merasakan mulas. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah bayi lahir. Penyusutan menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta yang mengakibatkan plasenta akan lepas dari tempat implantasi.²⁴

B. Data Objektif

Berdasarkan data objektif didapatkan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan Tekanan Darah: 130/90 MmHg, Nadi: 82x/menit, Pernapasan: 22x/menit, Suhu: 36,5°C, tanda-tanda vital dalam batas normal, dari hasil pemeriksaan tersebut tidak terdapat tanda infeksi (korioamniotitis). Korioamniotitis adalah keadaan pada ibu hamil dimana korion, amnion dan cairan ketuban terkena infeksi bakteri, suhu lebih dari 38°C, air ketuban keruh dan berbau, leukosit darah >15.000/mm³, bunyi jantung akan meningkat (takikardia), takikardia ibu >100 kali/menit, takikardia janin >160 kali/menit.¹³

Pada kasus ini ditemukan tidak terdapat HIS, DJJ 142 kali/menit. Dari pemeriksaan DJJ dalam batas normal tidak terdapat gawat janin, dan pada saat dilakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan CTG, pemeriksaan laboratorium hasilnya dalam batas normal. ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan berupa air – air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu sebelum proses persalinan berlangsung atau sebelum tanda-tanda inpartu.¹²

Pada saat pemeriksaan genetalia terdapat pengeluaran cairan dari vagina tidak ada kelainan, selaput ketuban negatif (-), belum ada pembukaan, his belum ada, terdapat pengeluaran air-air dari jalan lahir ibu, dilakukan pemeriksaan penunjang lakmus merah menjadi biru hasil (+) jadi dapat ditegaskan bahwa cairan tersebut bersifat basa (ketuban) sesuai dengan teori bahwa ketuban pecah dini didiagnosis ketika cairan amnion dilihat dengan adanya pooling di fornix posterior atau cairan bening mengalir dari saluran serviks dan juga tampak

keluar cairan dari serviks dan salah satu pemeriksaan untuk mendiagnosis ketuban pecah dini adalah nitrazin test (lakmus test). Normalnya, PH cairan vagina normal berkisar 4,5-5,5 sedangkan cairan amnion berkisar antara 7,0-7,5. kertas Nitrazin akan dengan cepat berubah warna menjadi warna biru jika cairan vagina memiliki PH basa. Jika selaput ketuban masih utuh kertas nitrazin akan tetap bewarna merah²⁵

Dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 1 Mei 2024 pukul 08.35 WIB dengan hasil Hb 11,2 gr/dl, Leukosit 10.120/mm³, Thrombosit 239.000, Hematokrit 34%, Gula darah sewaktu 90mg/dl, tidak ada tanda- tanda infeksi, leukosit dalam batas normal. Menurut teori jika terdapat infeksi jika suhu lebih dari 38°C, air ketuban keruh dan berbau, leukosit darah > 15.000/mm³, bunyi jantung akan meningkat (takikardia), takikardia ibu >100 kali/menit, takikardia janin >160 kali/menit.¹³

Pada catatan perkembangan tanggal 3 Mei 2023 pukul 05.00 WIB dilakukan pemeriksaan abdomen DJJ: 142x/menit, his 1x15"10", kandung kemih kosong, genitalia: vulva tidak ada benjolan dan pembengkakan, vagina tidak ada varises, terdapat pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada pembengkakan pada kelenjar bartholin dan skane, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, selaput ketuban (-), hodge II, presentasi kepala. Hal ini sesuai dengan tanda persalinan yaitu adanya pembukaan serviks dan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*).⁹

Pada catatan perkembangan tanggal 3 Mei 2024 pukul 09.00 WIB dilakukan pemeriksaan abdomen DJJ: 158x/menit, his 3x40"10", kandung kemih kosong, genitalia: vulva/vagina tidak ada kelainan, pemeriksaan dalam: portio tebal lunak, pembukaan 5 cm, selaput ketuban (-), hodge III, presentasi kepala.

Pada catatan perkembangan tanggal 3 Mei 2024 pukul 12.00 WIB dilakukan pemeriksaan genitalia pada kala II, genitalia vulva/vagina tidak ada kelainan, perineum menonjol, vulva membuka, tekanan pada anus, pengeluaran lendir bercampur darah. VT: portio tidak teraba, pembukaan lengkap 10 cm. presentasi kepala, ketuban negatif (-), UUK depan, penurunan kepala HIV, molage 0. Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala kala II yaitu ibu merasa ingin

meneran, perineum menonjol, vulva vagina membuka, adanya tekanan pada anus sehingga ibu merasa ingin BAB.²⁴

Setelah bayi lahir dilakukan pemeriksaan dengan hasil TFU sepusat, uterus globuler dan teraba keras, kandung kemih kosong. Genetali: tampak tali pusat menjulur di depan vulva, terdapat pengeluaran darah dari jalan lahir. Pukul 12.25 WIB plasenta lahir spontan dan lengkap. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada kala III terdapat tanda dan gejala kala III yaitu perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat.²⁶

Dari hasil pemeriksaan kala IV yaitu TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba keras, kontraksi baik, kandung kemih kosong dan pengeluaran darah 100 cc. Terdapat laserasi mengenai mukosa vagina sampai otot perineum. Pada kala IV yang harus diperhatikan adalah tanda-tanda vital, TFU, kontraksi, kandung kemih dan perdarahan. Kala IV adalah masa selama 1-2 jam setelah pengeluaran uri, karena 2 jam pertama pasca persalinan adalah masa krisis bagi ibu dan neonatus. Kemudian setelah bayi lahir memeriksa serviks dan vagina untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan penjahitan bila diperlukan.²⁶

C. Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif ditegakkan analisa Ny. R usia 32 tahun G2P1A0 hamil 34 minggu dengan ketuban pecah dini 18 jam, janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala. Pada catatan perkembangan tanggal 3 Mei 2024 ditegakkan analisa Ny. R usia 32 tahun G2P1AO hamil 34 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini 54 jam, janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala.

D. Penatalaksanaan

Berdasarkan data dari data rekam medis, ibu datang ke IGD PONEK RSUD Sekarwangi pada tanggal 1 Mei 2024 pukul 08.15 WIB. Kolaborasi dengan dr. SpOG dengan advice observasi kondisi ibu selama pemberian terapi konservatif kemudian akan dilanjutkan dengan terapi aktif yaitu terminasi kehamilan, dilakukan pemasangan infus dextrose 15% dengan 15 tetes

permenit, lalu diberikan antibiotik dengan cefotaxime 1 gram hal ini sesuai dengan protap penatalaksanaan ketuban pecah dini di RSUD Sekarwangi bahwa pada usia kehamilan 24-34 minggu dilakukan pemberian antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi pada janin.²⁰ Dilakukan pematangan paru dengan terapi Dexametason secara intramuscular hal ini sesuai dengan penatalaksanaan ketuban pecah dini dan menurut teori pada usia kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacu pematangan paru janin dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexametason IM 6 mg setiap 12 jam sebanyak 4 kali.¹³

Sebelum menentukan tindakan induksi persalinan yang paling penting yaitu menentukan kondisi serviks. Salah satu indikasi dalam pemberian induksi yaitu bila keadaan serviks sudah matang. Matang atau tidaknya serviks dapat dinilai menggunakan skor bishop. Skor bishop 5 atau kurang menunjukkan serviks belum matang dan perlu dilakukan pematangan serviks dan induksi persalinan. Jika skor bishop 6 atau lebih maka dikatakan serviks sudah matang dan prediksi keberhasilan induksi persalinan lebih tinggi.²¹

Pada kasus ini usia kehamilan 34 minggu, dikarenakan sudah memasuki persyaratan dilakukan induksi dan hasil skor bishop >5, dr. SpOG memberikan induksi oksitosin dengan RL 500 ml. Menurut teori kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio cesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri. Bila skor bishop < 5 lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio cesarea. Bila skor bishop > 5 induksi persalinan.¹³ Induksi oksitosin merangsang kontraksi otot rahim agar dapat melahirkan secara normal. Namun, tindakan ini tidak selalu tanpa risiko. Kontraksi otot Rahim berlebihan berakibat pada berkurangnya waktu relaksasi sehingga terjadi partus presipitatus. Kelainan ini dapat menyebabkan asfiksia.²⁷

Pada catatan perkembangan tanggal 3 Mei 2024 pukul 05.00 WIB dilakukan induksi persalinan atas advice dr,SpOG dengan pemasangan RL 500 ml dengan drip oksitosin 5 IU dengan 20 tetes permenit dan melakukan

pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan jalan lahir, selanjutnya melakukan observasi keadaan ibu dan janin untuk mencegah tanda infeksi dan distress janin setelah dilakukan pemberian induksi persalinan sesuai dengan protap penatalaksanaan ketuban pecah dini di RSUD Sekarwangi untuk usia kehamilan 34 minggu yang pertama dilakukan terminasi kehamilan.²⁰

Pada catatan perkembangan tanggal 3 Mei 2024 pukul 12.00 WIB mengajari ibu teknik meneran yang baik dan benar yaitu menganjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan dorongan alamiahnya selama kontraksi, jangan menganjurkan ibu untuk menahan nafas selama meneran dan menganjurkan ibu untuk berhenti meneran dan segera beristirahat diantara kontraksi.²⁴ Kemudian dilakukan asuhan persalinan dengan teknik APN, bayi lahir spontan pukul 12.20 WIB merintih, tonus otot lemah, jenis kelamin perempuan. Bayi dilakukan resusitasi penanganan langkah awal bayi baru lahir adalah jaga bayi tetap hangat, mengatur posisi bayi, isap lendir, keringkan rangsang taktil dan atur posisi kembali. Pada pukul 12.25 WIB bayi menangis kuat, tonus otot aktif dan kulit kemerahan. Pada bayi terdapat komplikasi tetapi komplikasi tersebut dapat ditangan dengan baik. Menurut teori Salah satu penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir adalah ketuban pecah dini preterm karena fungsi organ tubuh bayi kurang sempurna dikarenakan lahir dengan usia dini atau belum cukup. Ketuban pecah dini mempengaruhi asfiksia karena terjadinya oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga tali pusat mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ibu ke bayi terhambat sehingga menimbulkan asfiksia neonatorum atau hipoksia pada janin.²⁸

Setelah pengecekan tidak terdapat janin kedua, penatalaksanaan yang dilakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikkan oksitosin, kemudian dilakukan penegangan tali pusat terkendali dan masase fundus uterus. Tujuan dari manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kontraksi yang adekuat dari uterus dan mempersingkat waktu kala III, mengurangi jumlah kehilangan darah dan menurunkan angka kejadian retensio plasenta.²⁴

Menyuntikkan 10 IU di 1/3 paha atas bagian luar secara intramuscular, oksitosin dapat merangsang uterus berkontraksi juga mempercepat pelepasan plasenta.²⁹ Melakukan penegangan tali pusat terkendali dan melakukan dorso

kranial yang bertujuan untuk mencegah inversion uteri.²⁴ Setelah plasenta lahir, melakukan masase fundus uteri selama 15 detik agar menimbulkan kontraksi dengan hasil uterus teraba keras. Hal ini dapat mengurangi pengeluaran darah dan mencegah perdarahan postpartum.²⁹

Setelah pengecekan plasenta, pada kala IV penatalaksanaan yang dilakukan adalah pengecekan jalan lahir bawa ibu terdapat laserasi derajat 2 dan akan dilakukan penjahitan menggunakan benang catgut cromik dengan lidocaine. Selama kala IV dilakukan observasi meliputi tanda-tanda vital, TFU, kontraksi, kandung kemih dan perdarahan. Hal ini sangat penting dilakukan karena sebagian besar kematian ibu pada periode pasca salin terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan. Kematian ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia.²⁶

Kemudian memberikan ibu terapi oral Amoxicillin 500 mg 3x1, Asam mefenamat 500 ml 3x1 dan SF 1x. Pada observasi kala IV hasil observasi tersebut dicatat didalam partograf, dilakukan pemantauan 15 menit pada 1 jam pertama setelah kelahiran plasenta dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Hasil pemeriksaan dari observasi kala IV yaitu TTV dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik kandung kemih kosong dan perdarahan normal. Pemberian obat tersebut sebagai antibiotik pencegahan mengurangi infeksi setelah persalinan pervaginam dan penambah darah karena pada waktu melahirkan ibu mengeluarkan darah yang banyak dan mengganti darah yang hilang pada saat melahirkan.³⁰

E. Faktor Pendukung dan Penghambat

1. Faktor Pendukung

Dalam memberikan asuhan kepada klien penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak baik dari lahan praktik yang selalu memberikan kepercayaan, pengetahuan dan saran berarti. Sehingga, dapat terjalin kerjasama dan memberikan asuhan yang sesuai dengan program tetap rumah sakit. Sikap ibu, suami dan keluarga yang kooperatif memudahkan penulis untuk menggali permasalahan melalui pengkajian dan pemeriksaan fisik

sehingga asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan serta dapat diterima baik oleh pasien.

2. Faktor Penghambat

Selama melakukan asuhan tidak terdapat faktor penghambat karena ibu dan keluarga menjalin kerjasama yang baik dengan penulis serta terjalin kerjasama juga yang baik juga antara penulis dengan bidan yang ada di RSUD Sekarwangi