BAB V
PEMBAHASAN

A. Data Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian, ibu mengatakan Hari Pertama Haid Terakhirnya (HPHT) tanggal 21 Juni 2021, dengan menggunakan rumus neagle didapatkan tafsiran persalinan ibu tanggal 28 Maret 2022. Usia kehamilan berdasarkan HPHT adalah 39 minggu, selain itu berdasarkan hasil USG usia kehamilan ibu 39 minggu lebih 1 hari. Sehingga pada saat ibu mengalami ketuban pecah dini usia kehamilan ibu sudah memasuki trimester tiga atau sudah aterm, hal ini sesuai dengan pendapat Prawihardjo, yang mengatakan bahwa pada trimester ketiga selaput ketuban lebih mudah pecah dibandingkan dengan usia kehamilan lebih muda. Melemahnya selaput ketuban ini ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban Pecah dini. Hal ini juga diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Violita Eka Febrianti, dkk pada tahun 2021 didapatkan hasil bahwa 58,9 % kasus ketuban pecah dini terjadi pada usia kehamilan 37 – 42 minggu atau usia kehamilan aterm. Sehingga hal ini sesuai dengan teori dan diperkuat dengan hasil penelitian yang menyatakan pada usia kehamilan yang sudah memasuki trimester 3 lebih rentan terjadi kasus ketuban pecah dini.

Berdasarkan hasil anamnesa Ny. I mengeluh keluar air-air sejak pukul 12.30 WIB yang tidak bisa ditahan berwarna jernih. Hal ini sesuai pendapat Saifuddin, dkk yang mengatakan bahwa salah satu tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina secara tiba-tiba. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena akan terus diproduksi sampai kelahiran.[4]

Selain itu, saat ibu mengalami keluar air-air ibu belum merasakan mulas. Sesuai dengan pendapat Saifudin, dkk bahwa 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.[4] Salah satu tanda inpartu adalah adanya kontraksi yang cukup atau adekuat yaitu minimal 3 kali dalam 10 menit, serta kontraksi berlangsung sedikitnya selama 40 detik.[1] Teori ini sesuai dengan keadaan ibu yang belum mengalami kontraksi yang adekuat saat ketuban pecah atau merembes.

Dilihat dari waktu terjadinya ketuban pecah dini, yaitu keluar pada tanggal 20 Maret 2022 pukul 12.30 WIB kemudian ibu melakukan konsultasi terlebih dahulu dengan Dr. H sampai ibu ke rumah sakit pukul 21.45 WIB. Sehingga rentang waktu terjadinya ketuban pecah sampai ibu sampai dirumah sakit yaitu sekitar 9 jam. Namun, sesampainya dirumah sakit ibu belum juga merasakan mulas dan belum terdapat pengeluaran lendir bercampur dengan darah. Hal ini juga sesuai dengan maxforth, at all bahwa ketuban pecah dini ialah suatu kejadian dimana selaput ketuban pecah pada kehamilan yang telah viable dan 6 jam setelah itu tidak dibarengi dengan terjadinya persalinan.[12]

Dari data yang didapatkan dari hasil anamnesa ibu mengalami keputihan selama hamil mulai dari awal kehamilan sampai usia kehamilan 7 bulan dengan tekstur warna terkadang putih dan terkadang kuning serta berbau, keputihan ini muncul kembali pada tanggal 15 Maret 2022 selama 3 hari. Berdasarkan teori salah satu penyebab tersering dari ketuban pecah dini adalah infeksi, dimana bakteri dapat menyebar ke uterus dan cairan amnion sehingga memicu terjadinya inflamasi dan mengakibatkan persalinan preterm dan ketuban pecah dini. Terdapat beberapa macam bakteri yang dihubungkan dengan persalinan preterm dan ketuban pecah dini yaitu: Grendenella vaginalis, Mycoplasma homnis, Chlamydia, Ureaplasma,urealyticum, Fusobacterium, Trichomonas vaginalis, Klebsiella pneumonia, Escherichia coli dan Hemophilus vaginalis. Sehingga keluhan atau masalah yang ibu alami pada masa kehamilan sesuai dengan teori, dimana salah satu penyebab tersering dari ketuban pecah dini adalah infeksi.[7] hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hastuti Rahma dalam penelitian mengenai hubungan fluor albus

dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu hamil di RSU Dr. F. L. Tobing Sibolga tahun 2019 didapatkan hasil terdapat 88,89 % kasus ketuban pecah dini mengalami keputihan pada masa kehamilannya, selain itu dari 32 kasus ketuban pecah dini dengan riwayat keputihan pada kehamilannya, sebanyak 80,56 % mengalami keputihan dengan warna keputihan seperti susu atau kekuningan.

Selain itu, selama kehamilannya ibu tidak pernah terjatuh, hal ini berkaitan dengan teori bahwa salah satu faktor predisposisi dari kasus ketuban pecah dini adalah trauma yang salah satunya dikarenakan pernah terjatuh.[14] Ibu mengatakan terkahir berhubungan pada tanggal 18 Maret 2022 tepatnya 3 hari sebelum terjadinya ketuban pecah, berdasarkan teori hubungan seksual menjadi salah satu factor resiko dari ketuban pecah dini, karena sperma yang dihasilkan setiap kali berhubungan mengandung prostaglandin yang dapat merangsang rahim.[5]

B. Data Objektif

Pada saat ibu datang ke Ponek RS Sekarwangi dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, dimulai dengan pemeriksaan tekanan darah, hasil pemeriksaan tekanan darah 110/70 mmHg. Kemudian dilakukan pemeriksaan nadi, hasil pemeriksaan nadi ibu 80x/menit, setelah itu dilakukan pemeriksaan respirasi dan suhu. Hasil pemeriksaan respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C. Berdasarkan hasil pemeriksaan TTV tidak ditemukan tanda korioamnionitis atau infeksi dimana menurut Prawihardjo salah satu tanda korioamnionitis yaitu hasil pemeriksaan suhu ibu > 38°C dan pada pemeriksaan nadi didapatkan hasil pemeriksaan nadi lebih dari 100x/menit.[5]

Pada dilakukan pemeriksaan abdomen, pada pemeriksaan leopold 1 teraba bagian bokong dan pada pemeriksaan leopold 3 teraba kepala, sehingga presentasi janin adalah kepala. Sesuai dengan teori bahwa salah satu factor predisposisi dari ketuban pecah dini adalah presentasi janin bokong, tidak ada bagian terbawah janin yang menutupi bagian atas panggul. Sehingga, presentasi janin pada kasus ini bukan menjadi salah satu faktor predisposisi dari terjadinya ketuban pecah dini.[7]

Kemudian dilakukan pemeriksaan detak jantung janin, didapatkan hasil detak jantung janin dalam batas normal dan teratur. Sesuai dengan teori, detak jantung ini menjadi pertimbangan untuk dilakukan penatalaksanaan selanjutnya, jika didapati detak jantung dalam batas yang tidak normal atau ireguler maka proses persalinan harus segera diterminasi dengan secsi ssarea. Pada kasus ini detak jantung dalam batas normal dan regular sehingga bisa menjadi salah satu indikasi dilakukannya induksi.[5]

Saat dilakukan pemeriksaan kontraksi dengan meraba bagian abdomen selama 10 menit, tidak dirasakan bagian perut yang mengalami kencang atau dapat dipastikan bahwa his belum ada, hal ini sesuai dengan teori bahwa pada saat terjadi pecahnya ketuban pasien belum memasuki masa inpartu yang ditandai dengan adanya his yang adekuat dan teratur.[1]

Saat dilakukan pemeriksaan inspeksi pada genitalia terlihat rembesan air ketuban, berwarna jernih, berbau khas ketuban. Menurut maryunani, dkk gejala yang terjadi pada ketuban pecah dini salah satunya ialah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes. Selain itu pendapat lain mengatakan bahwa tanda ketuban pecah dini ialah tampak cairan ketuban di introitus vagina.[7]

Dilihat dari warna air ketuban, pada kasus ini air ketuban masih berwarna jernih artinya tidak terdapat ditress janin yang menjadi pertimbangan unutk melakukan penatalaksanaan selanjutnya. Sesuai dengan teori jika terdapat distress janin maka kehamilan harus segera diakhiri dengan seksio sesarea.[5]

Saat dilakukan pemeriksaan dalam, didapatkan hasil portio tebal lunak, dan pembukaan 1 cm, sesuai dengan Prawihardjo bahwa dikatakan ketuban pecah dini jika pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5cm.[7] berdasarkan teori pembukaan 1 cm belum dikatakan inpartu jika tidak dibarengi dengan perubahan serviks secara progresif menipis dan

membuka serta kontraksi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik.[1]

Saat dilakukan pemeriksaan dalam dilakukan juga pemeriksaaan selaput ketuban, didapatkan hasil selaput ketuban tidak teraba, hal ini sesuai dengan pendapat Prawihardjo ketika dilakukan pemeriksaan dalam terdapat cairan ketuban dalam vagina dan selaput ketuban tidak teraba.[5]

Pada kasus ini untuk menentukan ketuban tidak dilakukan pemeriksaan penunjang sesuai teori menggunakan tes lakmus (nitrazine test). Jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukan adanya cairan ketuban (alkalis).[4,5] Hal ini dikarenakan keterbatasan sediaan alat penunjang dirumah sakit pada saat itu. Namun, diagnosa tetap dapat ditegakkan menggunakan pemeriksaan yang lain seperti pemeriksaan genitalia dengan melihat warna dan bau rembesan air yang keluar yaitu berwarna jernih dan berbau khas ketuban, saat melakukan pemeriksaan dalam hasil pemeriksaan tidak teraba selaput ketuban, dan hasil USG yang menunjukan bahwa air ketuban kurang. Sesuai dengan Maryunani, dkk bahwa tanda dan gejala yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak., pada pemeriksaan menggunakan USG : volume cairan amnion berkurang/oligohidramnion.[11] Selain itu, untuk menentukan diagnosis perlu ditentukan pecahnya selaput ketuban, dengan adanya cairan ketuban divagina.[5] Kemudian, berdasarkan SOP dari RSUD Sekarwangi bahwa jika cairan amnion jelas mengalir dari serviks, tidak diperlukan lagi pemeriksaan lainnya untuk mengonfirmasi diagnosa. Selain itu juga, kasus ini memiliki faktor predisposisi ketuban pecah dini yaitu infeksi vagina ditandai dengan ibu mengalami keputihan dari awal kehamilan sampai usia kehamilan 7 bulan berwarna putih namun terkadang kekuningan serta berbau, berdasarkan teori darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes positif yang palsu bila dilakukan pemeriksaan penunjang menggunakan kertas lakmus.[4]

Dari hasil USG yang dilakukan ibu di klinik Dr. H saat ibu memeriksakan kehamilannya sebelum ke RSUD Sekarwangi, didapatkan

hasil bahwa air ketuban ibu berkurang. Hal ini sesuai dengan pendapat Prawihardjo, pada pemeriksaan hasil USG didapatkan hasil volume cairan amnion berkurang/oligohidramnion.[5]

Selain itu, hasil pemeriksaaan USG letak presentasi janin adalah kepala. Menurut pendapat Maryunani, dkk salah satu faktor predisposisi ketuban pecah dini ialah malpresentasi atau letak sungsang, sehingga dalam kasus ini, presentasi janin tidak menjadi faktor predisposisi kejadian ketuban pecah dini.[7] Presentasi janin ini juga menjadi salah satu syarat dilakukannya induksi sesuai dengan teori pada presentasi bokong ataupun letak lintang menjadi kontraindikasi dilakukannya induksi dan pada kasus ini presentasi janin adalah kepala sehingga lebih aman untuk dilakukan induksi.[7]

Kemudian, dari hasil USG juga didapatkan hasil bahwa janin tunggal hidup intrauterine. Menurut teori, salah satu factor predisposisi dari ketuban pecah dini juga adalah tekanan intrauterine yang meninggi atau meningkat secara berlebih seperti kehamilan gemeli.[7] Sehingga, tekanan pada intrauterine yang berlebih bukan menjadi salah satu faktor ketuban pecah dini pada kasus ini.

Setelah itu, dilakukan pemeriksaan penunjang seperti CTG, hasil pemeriksaan denyut jantung janin reaktif, tidak ada tanda - tanda distress janin atau korioamnionitis. Sesuai dengan pendapat Prawihardjo untuk menentukan penatalaksanaan yang akan diberikan sebelumnya dilakukan pemeriksaan keadaan janin menggunakan CTG ataupun dopler, salah satu tanda gawat janin ditandai dengan ketidakteraturan detak jantung janin atau detak jantung janin lebih dari 160x/menit.[5] Sehingga, berdasarkan pemeriksaan menggunakan CTG tidak ditemukan keadaan gawat janin.

Kemudian dilakukan pengambilan sampel darah untuk dilakukan pemeriksaan penunjang. Setelah di cek dilabolatorium, didapatkan leukosit ibu 20.300/mm³. Sesuai dengan pendapat Prawihardjo, selain dari hasil pemeriksaan suhu > 38°C, untuk menentukan apakah terjadi infeksi atau tidak, perlu dilakukan pemeriksaan leukosit, dimana infeksi ini ditandai

dengan jumlah leukosit darah > 15.000/mm^3.[5] Sehingga, terdapat tanda infeksi yang didapati dari hasil pemeriksaan sample darah.

C. Analisa

Pada kasus ini dapat ditegakkan diagnosa Ny. I usia 33 tahun dengan ketuban pecah dini di RSUD Sekarwangi. Analisa tersebut dapat ditegakan dari keterangan pasien bahwa kehamilannya ini merupakan kehamilan yang ketiga belum pernah keguguran, HPHT : 21 Juni 2022. Selain itu, sudah keluar air-air yang tidak bisa ditahan berwarna jernih pada tanggal 21 Maret 2022 pukul 12.30 WIB. Serta dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil selaput ketuban tidak teraba, rembesan air berwarna jernih berbau khas ketuban.

D. Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil dan pengkajian data subjektif dan objektif serta analisa yang telah dibuat, maka disusunlah asuhan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Asuhan tersebut sudah sesuai dengan penatalaksanaaann pada kasus ketuban pecah dini yaitu pertama menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu mengalami komplikasi persalinan yaitu ketuban pecah dini.

Berdasarkan SOP tatalaksana ketuban pecah dini di RSUD Sekarwangi untuk usia kehamilan lebih dari 34 minggu yang pertama dilakukan adalah melakukan pertimbangan terminasi kehamilan. Sesuai dengan teori Sarwono Prawihardjo, bila terdapat korioamnionitis atau gawat janin maka persalinan harus diterminasi.[5]

Pertimbangan terminasi mengacu pada usia kehamilan dan teridentifikasi terjadi infeksi. Pada kasus ini berdasarkan hasil pemeriksaan sample darah didapatkan leukosit ibu 20.300/mm^3, sedangkan menurut Prawihardjo tanda infeksi adalah jika leukosit ibu >15.000/mm^3. Sehingga pada kasus ini ibu mengalami infeksi dan perlu dilakukan terminasi kehamilan.[5]

Setelah itu melakukan konsultasi dengan Dr. SpOG, advice dokter dilakukan pemberian terapi cefotaxime 2x1 gram, hal ini sesuai SOP RSUD Sekarwangi mengenai penatalaksanaan ketuban pecah dini pada usia kehamilan > 34 minggu perlu diberikan antibiotik. Antibiotik yang digunakan ialah cefotaxime tidak menggunakan amoxilin ataupun ampicillin dikarenakan ketersediaan antibiotik pada saat itu.

Kemudian, advice dokter juga dilakukan terapi aktif terminasi kehamilan dengan induksi drip oksitosin, hal ini sesuai dengan pendapat Prawihardjo untuk penganan aktif ketuban pecah dini pada usia kehamilan > 37 minggu, dilakukan induksi dengan oksitosin.[5]

Setelah itu, pasien dilakukan pemasangan infus RL 500 ml 20 tetes/ menit dan dilakukan pengambilan sample darah untuk dilakukan pemeriksaan dilaboratorium. Pada kasus ini pasien tidak langsung dilakukan pemberian oksitosin dikarenakan pada pemeriksaan dalam, hasil bishop skor 4 sehingga perlu ditunggu sampai hasil skor bishop > 5. Hal ini sesuai dengan teori Prawihardjo bahwa salah satu syarat dilakukannya induksi adalah hasil skor bishop > 5. Namun, pada kasus ini tidak dilakukan pematangan serviks sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa jika skor bishop < 5 dilakukan pematangan serviks dengan metode farmakologis atau dengan metode mekanis.[5] Hal ini merupakan keterbatasan dari asuhan yang diberikan karena menyesuaikan dengan SOP yang berlaku di rumah sakit serta mempertimbangkan pemberian pematangan serviks tersebut karena resiko terjadi infeksi akan lebih tinggi.

Kemudian dilakukan observasi pemantauan TTV, his, DJJ dan warna air ketuban setiap 1 jam. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pada kasus KPD pemantauan dilakukan setiap 30 menit sekali, sehingga ini merupakan keterbatasan dari asuhan yang diberikan karena pada pemantauan sebelumnya keadaan ibu dan janin masih dalam keadaan normal.

Keesokan harinya, pada pukul 07.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam, hasil pemeriksaaan pembukaan ibu masih 1 cm namun his sudah mulai teratur hasil penilaian bishop skor adalah 7 sehingga dilakukan terminasi kehamilan dengan induksi drip oksitosin 5 IU dalam 500 ml dextrose 5% 20 tpm. Dilakukan kembali pemeriksaan dalam pada pukul 14.00 WIB pembukaan sudah bertambah menjadi 3 cm, portio sudah mulai menipis dan his semakin bertambah. Pada pukul 15.00 WIB dilakukan pemberian drip oksitosin kolf kedua, dan dilakukan pemantauan kemajuan his, hasil pemeriksaan his ibu semakin sering, lama dan teratur. Hal ini sesuai dengan teori bahwa salah satu syarat dilakukan induksi yaitu penilaian bishop skor >5 karenan memiliki presantase keberhasilan yang tinggi saat dilakukan induksi.[5]

Setelah itu pada pukul 17.25 WIB ibu mengeluh mulasnya semakin sering, kuat dan lama serta ada keinginan untuk mengedan, saat dilakukan pemeriksaan perineum menonjol dan ada tekanan pada anus, janin tampak sudah didepan vulva, saat dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan lengkap (10 cm). Hal ini sesuai dengan tanda gejala kala II dimana perineum tampak menonjol vulva tampak membuka dan ada tekanan pada anus.[11] Selain itu teori lain berpendapat bahwa tanda gejala kala II yaitu ditandai dengan his yang semakin kuat, ada keinginan untuk mengejan sehingga vulva tampak membuka.[1]

Dilakukan asuhan persalinan dengan teknin APN, bayi lahir spontan pukul 17.40 WIB langsung menangis, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, BB : 3200 gram, PB : 53 cm, nilai APGAR 7/9. Hal ini sesuai dengan teori dimana kala II dilakukan mulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir.[1]

Setelah itu, melihat tanda gejala pelepasan plasenta dan melahirkan plasenta serta memeriksa kelengkapan plasenta, didapatkan hasil plasenta lengkap, kotiledon dan selaput utuh, panjang talipusat 45 cm, lebar plasenta 15 cm, berat plasenta 500 gram, tebal plasenta 3 cm, insersi dibagian tengah tidak ada penyulit saat proses kelahiran plasenta. Kemudian dilakukan pemeriksaan laserasi, hasil yag didapat tampak laserasi derajat dua, setelah

itu dilakukan hecting perineum pada derajat II mulai dari mukosa vagina sampai ke otot perineum tanpa anastesi dengan benang catgut cromik. Hal ini sesuai dengan teori pada manajemen aktif kala III dimulai saat bayi sudah lahir sampai plasenta lahir.[1]

Kemudian melakukan observasi kala IV setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua. Selama kala IV ibu sudah bisa mirin ke kanan dan ke kiri, sudah bisa menyusui. Hal ini sesuai dengan teori bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum.[1]