

BAB V

PEMBAHASAN

A. Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data subjektif yang telah dilakukan Ny. S datang ke RSUD Sekarwangi pukul 21.30 WIB tanggal 24-02-22, mengeluh keluar air banyak dari kemaluannya berwarna jernih sejak pukul 17.00 WIB, terkadang ibu merasakan kencing-kencing sehari hanya 1 kali dan belum terdapat pengeluaran lendir darah dari kemaluannya. Keluhan tersebut sesuai dengan teori tanda gejala ketuban pecah dini dimana tanda dan gejala ketuban pecah dini yaitu keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, cairan vagina berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes.²⁰ Dilakukan anamnesa penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir.

Pada data subjektif didapat bahwa usia ibu saat ini berusia 19 tahun dimana kehamilan di usia kurang dari 20 tahun dapat menimbulkan masalah karena kondisi fisik belum 100% siap. Usia wanita yang kurang dari 20 tahun termasuk usia yang terlalu muda untuk hamil dan melahirkan, karena keadaan uterus yang kurang matur dan belum siap menerima buah kehamilan sehingga membran selaput ketuban juga belum terlalu kuat pertahanannya untuk melindungi janin sehingga rentan mengalami pecah secara spontan yang dapat diidentifikasi sebagai KPD.²⁰ Usia juga dapat menyebabkan komplikasi ketuban pecah dini salah satunya persalinan prematur dimana hal ini sejalan dengan teori bahwa usia ibu sangatlah mempengaruhi hasil dari sebuah kehamilan, semakin rendah atau semakin tinggi usia ibu, maka akan semakin meningkatkan risiko ibu mengalami persalinan premature.³⁸ Hal ini diperkuat dengan penelitian oleh Ningrum dkk didapat hasil bahwa usia berhubungan dengan kejadian persalinan preterm yang berarti peluang persalinan

preterm terjadi pada usia 20 tahun 2,515 kali lebih besar dibanding usia 35 tahun⁴⁰.

Dalam pengkajian riwayat kehamilan sekarang didapat HPHT: 8 Juli 2021 dan TP : 15 April 2022, apabila dihitung dari HPHT usia kehamilan ibu baru 33 minggu 1 hari menurut teori apabila ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut dengan ketuban pecah dini pada kehamilan *premature*.⁶

Saat pengkajian didapat bahwa ibu pernah mengalami keguguran satu kali pada tahun 2019 saat usia kehamilan 4 minggu tidak dilakukan kuretase menurut pengkajian mengapa ibu tidak dilakukan kuretase dikarenakan ibu sudah melakukan USG dengan hasil bahwa seluruh jaringan sudah bersih dan perdarahan berhenti kurang dari satu minggu, Hal ini selaras dengan teori bahwa wanita yang pernah mengalami abortus dan persalinan preterm pada kehamilan sebelumnya mempunyai resiko 20-50% mengalami KPD.²¹

Pada pengkajian aktivitas ibu didapat bahwa ibu bekerja sebagai penjaga toko sembako selama 10 jam dan sekaligus membantu suami di kebun dimana aktivitas berkebun selama 3 jam berangkat ke kebun dengan jalan kaki \pm 400 m, jika pulang menggunakan sepeda motor yang dikendarai oleh suaminya. Rutinitas ini dilakukan setiap hari walaupun ibu sedang hamil ibu tidak mengurangi aktivitasnya. Menurut teori bahwa ibu hamil yang bekerja berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan dengan lama kerja melebihi 3 jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja akan menyebabkan korion amnion melemah sehingga dapat terjadi ketuban pecah dini, dalam penelitian tahir menunjukkan hasil penelitian bahwa sebagian besar ibu yang mengalami KPD bekerja sebagai ibu rumah tangga dibandingkan wiraswasta¹⁷.

B. Data Objektif

Ketika Ibu datang ke ruang PONEK RSUD Sekarwangi dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda Vital yang didapat TD: 120/80 MmHg, N :

80x/menit, R: 19x/menit, Suhu: 36,5 pada pemeriksaan fisik juga didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, dari hasil pemeriksaan tersebut tidak terdapat tanda-tanda korioamniotis sesuai dengan teori Korioamniotis adalah diagnosis klinik yang ditegakkan bila ditemukan demam $>38^{\circ}\text{C}$ dengan dua atau lebih tanda-tanda berikut leukosit >15.000 sel/mm, Djj >160 kali/menit, frekuensi nadi >100 kali/menit, nyeri fundus saat berkontraksi, cairan amnion berbau.³

Pada kasus ini ditemukan His tidak ada, ibu hanya merasakan kenceng – kenceng pada perut sehari satu kali, Djj 141x/m. Hal ini selaras dengan teori ketuban pecah dini dimana tanda gejala ketuban pecah dini biasanya tidak adanya his atau his belum teratur²⁰, dari pemeriksaan Djj dalam batas normal tidak ada gawat janin. dilakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan CTG dan pemeriksaan laboratorium dalam batas normal.

Pada pemeriksaan genitalia : terdapat pengeluaran cairan dan vagina tidak ada kelainan, selaput ketuban negative, pembukaan 1 cm, His belum ada, dari pemeriksaan penunjang terdapat pengeluaran dari jalan lahir ibu, dilakukan pemeriksaan penunjang lakmus merah hasil (+) jadi dapat ditegakkan bahwa cairan tersebut bersifat basa (ketuban) sesuai dengan teori bila terdapat pengeluaran cairan cairan berbau khas, dan perlu juga di perhatikan warna keluarnya cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah, Inspeksi pengamatan dengan mata biasa, akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior, pemeriksaan dalam ada cairan dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi, pemeriksaan laboratorium tes lakmus, jika kertas lakmus (+) menunjukkan adanya air ketuban.²³

Didapatkan hasil pemeriksaan pembukaan 1 cm ketuban (-), menurut teori salah satu cara yang dilakukan selain pemeriksaan

laboratorium adalah pemeriksaan dalam yaitu didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi.²³

Dilakukan pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 24-02-22 Pukul 14.10 WIB dengan hasil Hb, 13,2 gr/dl, leukosit 8.700/ul, trombosit 217.000/mm, glukosa strip 69 mg/dl, Tidak ada tanda-tanda infeksi, leukosit masih dalam batas normal. Menurut teori jika terdapat infeksi demam $>38^{\circ}\text{C}$ dengan dua atau lebih tanda-tanda berikut leukosit >15.000 sel/mm³ Djj >160 kali/menit, frekuensi nadi >100 kali/menit, nyeri fundus saat berkontraksi, cairan amnion berbau.³

C. Analisa

Pada kasus ini dapat ditegakkan diagnosa Ny. S dengan ketuban pecah dini dan persalinan prematur. Analisa tersebut dapat ditegakkan dari keterangan pasien bahwa kehamilannya ini merupakan kehamilan yang kedua, sudah pernah keguguran pada tahun 2019, HPHT : 8 Juli 2021. Ibu sudah keluar air-air berwarna jernih pada tanggal 24 Februari 2022 pukul 17.00 WIB. Serta dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil selaput ketuban negative (-), rembesan air berwarna jernih berbau khas ketuban, dan dilakukan pemeriksaan dengan kertas lakmus hasil berwarna merah menjadi biru yang menunjukkan bahwa itu cairan ketuban.

D. Penatalaksanaan

Pada pukul 21.20 (24-02-22) ibu tiba di IGD Ponek RSUD Sekarwangi dari data rekam medis ibu. Kolaborasi dengan dr. SpOG dengan advice observasi kondisi ibu selama pemberian therapy ekspektatif kemudian dilanjutkan dengan terapi aktif yaitu terminasi kehamilan, dilakukan pemasangan infus dextrose 5%, dengan 15 tetes permenit, pemberian antibiotik dengan cefotaxime 1 gram hal ini sesuai dengan SOP penatalaksanaan KPD di RSUD Sekarwangi bahwa pada usia kehamilan 24-34 minggu pemberian antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi pada janin³³, dilakukan pematangan paru dengan therapy dexametason 1 ampul secara intra muscular hal ini sesuai dengan penatalaksanaan ketuban pecah

dini menurut teori pada usia kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacau kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexametason I.M 6 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.⁷

Pada kasus ini ibu datang masih pembukaan 1 cm, dan selama di ruang ponok RSUD sekarwangi dilakukan pemantauan terdapat kemajuan persalinan dimana pembukaan bertambah menjadi 2 cm dan setelah dilakukan USG cairan ketuban semakin berkurang hal ini sesuai dengan SOP RSUD Sekarwangi bahwa penatalaksanaan ketuban pecah dini dilakukan pemeriksaan penunjang salah satunya USG untuk menilai indeks cairan ketuban.³³

Pada pukul 17.10 WIB dilakukan induksi persalinan atas advice dokter Sp.OG dengan pemasangan RL 500 MI drip 5 IU dengan kecepatan 20 tpm dan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan jalan lah, selanjutnya melakukan observasi keadaan ibu dan janin untuk mencegah tanda infeksi dan distress janin setelah pemberian induksi persalinan berdasarkan tatalaksana ketuban pecah dini di RSUD Sekarwangi untuk usia kehamilan kurang dari 34 minggu yang pertama dilakukan adalah melakukan pertimbangan terminasi kehamilan.³³

Setelah dilakukan induksi pada pukul 20.50 WIB pembukaan 10 cm His 5x10"45 detik terdapat dorongan meneran, adanya tekanan anus, perineum menonjol dan vulva membuka, sudah ada pengeluaran lendir darah. Hal ini sesuai dengan teori bahwa tanda utama kala II terdapat dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka disertai His yang semakin kuat.¹²

Pada pukul 21.05 WIB. Bayi lahir spontan merintih, tonus otot lemah, jenis kelamin laki-laki bayi dilakukan resusitasi, penanganan langkah awal bayi baru lahir yaitu jaga bayi tetap hangat, mengatur posisi bayi, isap lendir, keringkan rangsang taktil dan atur posisi kembali. Pada pukul 21.10 Bayi menangis kuat, kulit kemerahan, pergerakan aktif. Pada bayi terdapat komplikasi tetapi komplikasi itu dapat tertangani dengan baik. Menurut teori pada ketuban pecah dini terdapat komplikasi pada janin yaitu asfiksia

dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion sehingga bagian kecil janin menempel erat dengan dinding uterus yang dapat menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia.²²

Setelah bayi lahir didapatkan TFU 2 Jari di bawah pusat, uterus teraba keras dan globuler, tidak ada janin kedua, kandung kemih kosong. Genitalia terdapat semburan darah, tali pusat menjulur didepan vulva, hal ini sesuai dengan teori bahwa pada kala III terdapat tanda gejala kala III dimana uterus menjadi globuler, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim, tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah.⁹

Setelah bayi lahir penatalaksanaan pertama yang dilakukan adalah memberitahu ibu akan disuntik oksitosin, menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM disatu pertiga paha luar atas, lalu menjepit dan memotong tali pusat, setelah melakukan penegangan tali pusat terkendali dan mengamati adanya tanda-tanda pelepasan plasenta, plasenta lahir pukul 21.19 WIB, kemudian melakukan masase uterus selama 15 detik, fundus berkontraksi dengan baik, memeriksa kelengkapan plasenta, plasenta lengkap. Sesuai dengan teori manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama yaitu pemberian oksitosin 1 menit setelah bayi lahir, peregang tali pusat terkendali dan masase fundus uteri.⁹

Pada Kala IV penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu ibu bahwa terdapat laserasi grade II dan akan dilakukan penjahitan tanpa menggunakan lidocaine, menurut data yang penulis dapat dari Bidan N bahwa penjahitan tidak dilakukan lidocain dikarenakan untuk proses penyembuhan luka. Melakukan pemantauan tanda-tanda vital, perdarahan, kontraksi serta kandung kemih. Memindahkan ibu pada pukul 23.05 keruang nifas, ibu diberikan obat Amoxillin 3x1 500 mg, asam fenamat 3x1 500 mg, Sf 1x1 pada pukul 21.40 WIB.⁹