

BAB IV PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan persalinan dengan kebutuhan pecah dini pada Ny.S umur 32 Tahun G3P2A0 Usia Kehamilan 39 minggu di PMB Appi Ammelia Bantul, maka penulis akan membahas permasalahan yang timbul pada kasus ketuban pecah dini dengan membanding teori dengan kasus yang ada. Menurut Nurlina (2024) pengkajian adalah upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, social maupun spiritual dapat ditentukan.

Berdasarkan data subyektif yaitu Ny. S mengatakan bahwa ini adalah kehamilan ke-3 dan belum pernah keguguran, anak lahir hidup dua, serta riwayat persalinan sebelumnya normal. Berdasarkan teori Manuaba (2013) dalam penelitian (Yasinta et al., 2024), menyatakan bahwa paritas merupakan faktor penyebab terjadinya ketuban pecah dini. Pada ibu multipara yang sebelumnya sudah terjadi persalinan lebih dari satu kali yang dapat mempengaruhi berkurangnya kekuatan otot-otot uterus dan abdomen sehingga mempengaruhi kekuatan membran untuk menahan cairan ketuban, sehingga tekanan intrauterin meningkat dan menyebabkan selaput cairan ketuban lebih rentan untuk pecah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Kurniawan et al., 2025) bahwa berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan ginekologis mengalami KPD, penyebabnya adalah mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa kejadian ketuban pecah dini pada multipara didapat sebanyak 31 (12,44 %) dari 59 (23,69%) ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini. Berdasarkan hasil analisis uji komparatif Chi Square didapatkan hasil $p\text{-value} = 0,031$ ($p \leq 0,05$) dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat paritas dengan kejadian ketuban pecah dini sehingga H_1 diterima (Aulia Ulfah Raydian & Rodiani, 2020).

Pada Ny. S didapatkan data usia kehamilan ibu melalui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dan didapatkan usia kehamilan ibu 39 minggu 2 hari (aterm). Menurut (Ratu Sri Wahyuni & Fitri Handayani, 2024) kehamilan normal dengan

umur kehamilan 37–42 minggu, dikenal sebagai hamil cukup bulan. Pada hamil cukup bulan, proses persalinan yang terjadi diawali dengan kontraksi otot uterus yang berulang kemudian diikuti dengan penipisan serviks dan keluar cairan lalu diikuti dengan fase dilatasi sebagai persiapan persalinan. Pada fase kritis awal proses persalinan sering kali terjadi selaput ketuban mengalami perobekan (rupture) terlebih dahulu sebelum adanya tanda persalinan (before start of labor), keseluruhan proses ini dikenal sebagai ketuban pecah dini atau premature rupture of the membrane (PROM). Hal ini sejalan dengan penelitian (Amalia et al., 2024) bahwa kejadian ketuban pecah dini aterm (PROM) lebih banyak terjadi daripada ketuban pecah dini preterm (PPROM). Pada akhir masa kehamilan, kadar matrix metalloproteinase (MMP) relative tinggi dan kadar tissue inhibitors of metalloproteinase (TIMP) yang rendah akan menyebabkan degradasi proteolitik matriks ekstraseluler pada selaput ketuban.

Pukul	TTV	DJJ	His	Lain-lain
20.00	TD : 118/75	134 x/m	1x15'15"	VT :
WIB	mmHg S : 36,6°C N : 78 x/m R : 20 x/m			• Dinding Vagina : licin • Portio : Tebal, Lunak • Pembukaan : 1 cm • Selaput Ketuban : + (rembes) • Presentasi : Kepala • Penurunan : H II • Bagian yang menumbung : Tidak Teraba • Lendir Darah : Tidak ada • Kertas lakmus : Positif (Biru) • Memberikan konseling untuk pemasangan infus RL. Pemberian amoxicillin 1x500mg per-oral

Tabel 4.1 lembar *Observasi*

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 2 Oktober 2024, pukul 20.00 wib. Pasien mengeluh keluar air-air mrembes, berbau khas dari jalan lahir berwarna jernih, namun pasien belum merasakan mulas dan keluar lendir darah. Menurut teori (Lisnawati & Entin Jubaedah, 2023) menjelaskan bahwa cara menentukan ciri-ciri ketuban pecah dini bisa melalui anamnesa yaitu adanya keterangan terjadinya pengeluaran cairan mendadak disertai bau khas.

Menurut teori Mudlikah, (2019) untuk memastikan terjadinya ketuban pecah dini dapat dilakukan lewat pengujian lakmus. Setelah terjadi kebocoran, cairan dalam kantung ketuban yang keluar akan mengakibatkan cairan vagina menjadi basa, ini menyebabkan warna kertas lakmus merah berubah menjadi biru. Dalam keadaan normal, biasanya organ-organ tadi bersifat asam sehingga kertas lakmus akan berwarna merah. Dalam pengkajian data objektif pada Ny. S dilakukan pemeriksaan fisik pada tanda-tanda vital dalam batas normal. Dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 1cm, serta dilakukan tes nitrazin (lakmus) dengan hasil positif (biru). Hal ini sesuai dengan penelitian Andalas (2019), mengemukakan bahwa kondisi normal pH cairan vagina sekitar 4,5-5,5, sedangkan pH cairan amnion antara 7,0-7,5. Pada pemeriksaan menggunakan kertas nitrazin akan berubah menjadi warna biru apabila cairan vagina memiliki pH basa. Apabila selaput ketuban masih utuh, maka kertas nitrazin tetap berwarna merah. Tes menggunakan kertas lakmus merupakan metode sederhana, murah, cepat dan cukup tepat untuk mendiagnosis adanya ketuban pecah dini (Diana, 2023).

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden. Salah satu fungsi selaput ketuban adalah melindungi atau menjadi pembatas dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga mengurangi kemungkinan infeksi. Pada Ny. S diberikan terapi Antibiotik amoxicillin 500 mg / oral yang berguna untuk mencegah kemungkinan terjadinya infeksi setelah ketuban pecah. Hal ini selaras dengan penelitian (Tatjana Barišić et al., 2017), bahwa Penggunaan profilaksis antibiotik yang tepat waktu dan waktu yang lebih singkat antara PROM (Premature Rupture of Membranes) dan persalinan meningkatkan hasil perinatal. Komplikasi persalinan seperti kelahiran prematur, kompresi tali pusat, khorionitis, sindrom gawat janin yang dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal. Semakin lama KPD, semakin besar komplikasi persalinan yang ditimbulkan sehingga meningkatnya risiko terjadinya asfiksia dan itu menjadi indikasi untuk dilakukannya persalinan Sectio Caesarea (Manuaba et al., 2013).

Penulis memberikan asuhan pada klien dengan menganjurkan klien untuk tiduran miring kanan dan miring kiri serta membatasi gerak klien. Serta membantu

agar kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dan memberikan dukungan kepada ibu dan keluarga untuk menghadapi persalinan. Sejalan dengan penelitian (Maulida et al., 2021) menjelaskan bahwa asuhan kebidanan yang terfokus pada pasien, diantaranya adalah asuhan sayang ibu yaitu pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien seperti makan dan minum, menjaga privasi pasien dan memposisikan pasien dengan posisi miring kiri.

00.15 WIB	TD : 120/81 mmHg S : 36,5 °C N : 83 x/m R : 20 x/m	144x/m	1x15'15"	VT : • Dinding Vagina : licin • Portio : Tebal, Lunak • Pembukaan : 1 cm • Selaput Ketuban : + (rembes) • Presentasi : Kepala • Penurunan : H II • Bagian yang menumbung : Tidak Teraba • Lendir Darah : Tidak ada • Menganjurkan klien untuk tiduran miring kanan dan miring kiri serta membatasi gerak. Menganjurkan klien untuk makan dan minum.
04.20 WIB	TD : 123/71 mmHg S : 36,5 °C N : 88 x/m R : 20 x/m	142 x/m	1x15'10"	VT : • Dinding Vagina : licin • Portio : Tebal, Lunak • Pembukaan : 2 cm • Selaput Ketuban : + (rembes) • Presentasi : Kepala • Penurunan : H II • Bagian yang menumbung : Tidak Teraba • Lendir Darah : Tidak ada • Memberikan konseling dan menganjurkan klien untuk mempersiapkan rujukan.

Tabel 4.2 Lembar *Observasi*

Penulis melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan pemantauan KPD pada Ny. S. Pukul 00.15 wib dilakukan kembali pemeriksaan pada janin dan ibu. Dengan hasil TTV dalam batas normal, DJJ 144x/menit, dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan 1 cm, ketuban rembes, his masih jarang. Dan pukul

04.20 wib TTV dalam batas normal, pembukaan 2 cm, DJJ 142x/menit, his jarang. Setelah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan selama 8 jam, klien masih dalam kala 1 fase laten sejak pukul 20.00 wib, dan belum ada perkembangan his. Penatalaksanaan ini sesuai dengan SOP penatalaksanaan ketuban pecah dini oleh bidan menurut UPTD Puskesmas Purwodadi I Nomor SOP/IX-UKP/47/2019 yang menyebutkan bahwa apabila ada tanda inpartu lakukan observasi 4 jam kemudian. Menurut (Manuaba et al., 2013) persalinan lama (partus lama) dikaitkan dengan His yang masih kurang dari normal sehingga tahanan jalur lahir yang normal tidak dapat diatasi dengan baik karena durasinya tidak terlalu lama, frekuensinya masih jarang, tidak terjadinya koordinasi kekuatan, keduanya tidak cukup untuk mengatasi tahanan jalan lahir tersebut. Sejalan dengan teori Oxorn dan forte, 2014 dalam penelitian menjelaskan bahwa pecahnya ketuban dengan adanya serviks yang matang dan kontraksi yang kuat tidak pernah memperpanjang persalinan. Akan tetapi, bila kantong ketuban pecah pada saat serviks masih panjang, keras, dan menutup, maka sebelum dimulainya proses persalinan sering terdapat periode laten yang lama. Kerja uterus yang tidak efisien mencakup ketidakmampuan serviks untuk membuka secara lancar dan cepat disamping kontraksi rahim yang tidak efektif (Yuhana et al., 2022).

Dari hasil pengkajian setelah dilakukan observasi his tidak ada kemajuan, dan pembukaan yang masih dalam fase laten serta rembesnya cairan ketuban maka dilakukan kolaborasi dengan melakukan rujukan segera ke RS pada pukul 06.00 wib. Penatalaksanaan ini sesuai dengan SOP penatalaksanaan ketuban pecah dini oleh bidan menurut UPTD Puskesmas Purwodadi I Nomor SOP/IX-UKP/47/2019 yang menyebutkan bahwa apabila tidak ada kemajuan pembukaan setelah dilakukan observasi maka segera rujuk ke Rumah sakit. Hal ini juga sesuai dengan teori (Putri Alisa et al., 2024) bahwa pada usia kehamilan lebih dari 36 minggu bila ada his pimpin pasien untuk meneran. Bila ketuban pecah sudah melebihi 6 jam maka dilakukan terminasi kehamilan melalui induksi persalinan dengan oksitosin dengan pemantauan ketat mengenai kesejahteraan janin yang meliputi denyut jantung dan kontraksi rahim serta tanda-tanda infeksi pada ibu. Penatalaksanaan ketuban pecah dini bergantung pada berapa umur kehamilan dan ada tidaknya tanda infeksi

intrauterin. Dalam penetapan langkah untuk penatalaksanaan tindakan yang akan dilakukan apakah langkah konservatif ataukah aktif perlu mempertimbangkan usia kehamilan kondisi dari ibu serta janin fasilitas perawatan, waktu, tempat perawatan, fasilitas monitoring, status imonologi ibu dan kemampuan finansial keluarga.

Dalam data sekunder setelah dilakukan rujukan ke RS pasien dilakukan pemantauan dengan hasil pemantauan CTG dalam kategori 2, DJJ 170x/m dan ibu diberikan antibiotik inj.cefazoline 2gr dan levofrolaxacin 1x500mg. Lalu persalinan diakhiri dengan SC dikarenakan adanya gawat janin (*fetal compromised*). Penatalaksanaan ini sesuai dengan SOP penatalaksaan ketuban pecah dini oleh Rumah Sakit menurut RS. EMMA dengan Nomor 590.M/SOP/RSEM-I/XII/2017 yang menyebutkan bahwa jika didapatkan infeksi, diberikan antibiotik (sesuai prosedur pemeberian antibiotik kemoterapi obstetri dan ginekologi) dan kehamilan diakhiri dengan Sectio Caesarea bila bishop score <5 atau keadaan infeksi berat.

Setelah bayi lahir, bayi dilakukan resusitasi langkah awal dikarenakan apgar score 7/9. Hal ini sesuai dengan penelitian (Deviana Meli et al., 2021) bahwa persalinan dengan riwayat Ketuban Pecah Dini (KPD) memiliki hubungan yang bermakna dengan kelahiran bayi dengan asfiksia. Besar risiko terjadinya asfiksia bayi baru lahir pada riwayat persalinan ketuban pecah dini adalah 5 kali lipat lebih besar dibandingkan pada bayi baru lahir dari ibu tanpa riwayat ketuban pecah dini. Oleh karena nya perlu dilakukan persiapan perawatan atau asuhan bayi dengan asfiksia apabila ditemukan kasus KPD sehingga hal ini dapat berperan untuk mengurangi angka kematian bayi yang disebabkan oleh kejadian asfiksia bayi baru lahir.