

Volume I Nomor 1
PROCEEDING SENADA
(Seminar Nasional Dunia Kesehatan)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “M” DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI PMB KASIH BUNDA KECAMATAN PAMEKASAN KABUPATEN PAMEKASAN**

Sisi Maulida¹, Layla Imroatu Zulaikha², Sari Pratiwi Apidianti³
^{1,2,3}Program Studi D3 Kebidanan Universitas Islam Madura
e-mail: sisimaulida1pmk@gmail.com

ABSTRACT

Labor is the birth of a baby which ends with the birth of the placenta. Childbirth is a physiological event that occurs in life but can also be pathological. The reality in the field is that many pregnant women experience premature rupture of membranes (PROM), the incidence of premature rupture of membranes is a complication of pregnancy, 10% of term pregnancies and 4% of preterm pregnancies. Based on the results of the Inter-Census Population Survey (SUPAS), KPD cases in 2016 increased by 24%, while in 2017 it was 36%.

Research Applying and obtaining an overview of Midwifery Care Management in women giving birth with PROM carried out on Mrs. “M” GVIP3103A100, 34 years, 37 weeks pregnant, single live intrauterine fetus, right back position of V head with premature rupture of membranes (PROM) and treated actively, the mother's condition is quite good, blood pressure 120/80 mmHg, 84x/minute, body temperature 36.50 C, respiration 24x/minute.

The case study approach to midwifery care management consists of Varney's seven steps, namely: data collection, interpretation of basic data, potential diagnosis, immediate action, planning, implementation and evaluation.

According to the results of this study, mothers giving birth with premature rupture of membranes can be treated with maximum care by the cooperation of health workers. From the development notes, it can be seen that the mother gave birth (Multigravida) with a case of premature rupture of membranes so that previously the leaking fluid had the potential for infection. In providing midwifery care to pregnant women, they should be able to improve skills and good intellectual abilities regarding the care of pregnant women to prevent premature rupture of membranes which can cause maternal and infant mortality.

Keywords: Midwifery Care Management, Premature Rupture of Membranes

PENDAHULUAN

Persalinan merupakan lahirnya seorang bayi yang diakhiri dengan lahirnya plasenta. Persalinan merupakan kejadian fisiologis yang terjadi dalam kehidupan tetapi bisa juga menjadi patologis. Proses persalinan terjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif berlangsung 18–24 jam dengan adanya tanda-tanda seperti timbulnya kontraksi (HIS), keluar lendir bercampur darah (*Bloody Show*) atau keluarnya cairan ketuban. Dalam proses persalinan cairan ketuban bermanfaat untuk meratakan tekanan atau kontraksi didalam rahim sehingga leher rahim membuka, membersihkan jalan lahir dan berperan sebagai pelumas pada saat

persalinan. Oleh karena itu, diharapkan ketuban pecah setelah pembukaan 3 cm pada primi dan 5 cm pada multipara.

Namun, kenyataan dilapangan banyak ibu hamil yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD), kejadian Ketuban Pecah Dini merupakan komplikasi kehamilan, 10% kehamilan aterm dan 4% kehamilan preterm. Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) kasus KPD pada tahun 2016 mengalami peningkatan yaitu sejumlah 24%, sedangkan pada tahun 2017 sejumlah 36%.

Beberapa hal penyebab terjadinya Ketuban Pecah Dini yaitu: infeksi, adanya hipermotilitas rahim, kelainan bawaan selaput

ketuban (selaput ketuban tipis), gangguan pada leher rahim (*cervix incompetence*), gangguan terhadap jaringankolagen penyangga dinding amnion (kebiasaan merokok dan minum alkohol), tekanan di dalam rahim meningkat karena cairan ketuban berlebihan, kehamilan kembar, janin yang besar, atau adanya kelainan anatomis pada janin. Selain itu, KPD disebabkan oleh beberapa faktor karakteristik ibu diantaranya: usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, sikap dan pengetahuan.

Ketuban pecah sebelum waktunya dapat berdampak bagi ibu dan janin. Pada janin dapat mengakibatkan infeksi, asfiksia janin, prolaps funiculi dan prematuritas, sedangkan pada ibu dapat mengakibatkan infeksi *intrapartal*, infeksi *Puerperalis*, *dry labor* atau partus lama, meningkatnya tindakan operatif obstetri (SC), mortalitas dan morbiditas prenatal dan maternal. Semakin lama KPD semakin besar terjadi komplikasi.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya Ketuban Pecah Dini yaitu menganjurkan ibu hamil rutin melakukan ANC (*Ante Natal Care*) ke tempat pelayanan kesehatan selama hamil agar perkembangan dan kelainan dapat di deteksi secara dini. Peran bidan dalam penanganan KPD yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu sejak hamil hingga bersalin terutama pada penatalaksanaan KPD di tempat rujukan secara cepat tepat dan komprehensif, karena jika ibu tidak mendapat asuhan yang sesuai maka risikonya akan berakibat pada ibu maupun janin, dengan harapan setelah dilakukannya asuhan kebidanan yang cepat dan tepat maka kasus ibu bersalin dengan KPD dapat ditangani dengan baik sehingga angka kematian ibu di Jawa Timur dapat dikurangi.

Upaya yang dapat dilakukan tenaga kesehatan pada ibu bersalin dengan meningkatkan pemantauan pada ibu hamil yang mengalami KPD agar tidak terjadi infeksi setelah ketuban pecah dini dengan pemberian antibiotik, pemantauan di rumah sakit hingga air ketuban tidak lagi keluar untuk mempertahankan kehamilannya dan melakukan pematangan paru-paru janin jika belum matang pada usia kurang bulan.

METODE

Metode studi kasus yang digunakan adalah metode deskriptif. Tempat studi kasus yaitu di PMB Kasih Bunda Pamekasan. Studi kasus dilaksanakan pada Maret–Juni 2021

dengan sasaran yang diambil yaitu seorang ibu hamil grande yang berpotensi Ketuban Pecah Dini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ibu mengeluh sakit perut kadang–kadang dan keluar air sedikit dari jalan lahir (merembes) sejak jam 16.00 WIB. Kehamilan saat ini adalah kehamilan yang ke enam dengan KPD, dimana pasien hamil pertama mengalami keguguran pada usia 3 bulan dan lahir prematur pada usia 6 bulan.

Berdasarkan anamnesa didapatkan bahwa pasien hamil anak ke enam, sekarang usia kehamilannya 39 minggu. Pasien tidak pernah menderita penyakit menurun seperti asma, Diabetes Mellitus, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan jantung. Selama hamil pasien memeriksakan kehamilannya di PMB Kasih Bunda. Diharapkan kepada tenaga kesehatan terus meningkatkan keterampilan komunikasi dalam melakukan pengkajian awal (anamnesa) sehingga tidak akan terjadi kekeliruan identitas, dan data- data yang mampu menunjang untuk pemeriksaan lanjutan, analisis data dan penatalaksanaan yang akan diberikan kepada pasien. Selain itu, diharapkan pula bagi pasien agar bisa memberikan informasi yang sesuai dengan keluhan yang dirasakan, sehingga memudahkan tenaga kesehatan untuk menghubungkan antara keluhan dengan hasil pemeriksaan yang akan dilakukan untuk mendapatkan analisa data dan penatalaksanaan yang sesuai dengan keadaan pasien.

Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan terhadap Ny “M” didapatkan hasil pemeriksaan umum diantaranya adalah keadaan umum pasien baik, kesadaran Composmentis, TD 100/60 mmHg, N 84 x/menit, R 24 x/menit, T36,5°C, BB 75 kg, Lila 29 cm. Hasil dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny “M” adalah keseluruhan hasil dalam batas normal, namun pada daerah genitalia terdapat pengeluaran air dari vagina. Pemeriksaan palpasi juga dilakukan dan didapatkan hasil pemeriksaan Leopold I: TFU Teraba 3 jari dibawah PX, bagian fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba keras dan memanjang seperti papan dan bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin, Leopold III: bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras dan melenting (letkep) kepala sudah masuk PAP, Leopold IV: divergen. His yaitu 2 kali

dalam 10 menit, durasi 10 detik. DJJ I (+) terdengar jelas dan teratur, frekuensi 134 x/menit. Pemeriksaan dalam juga dilakukan, dan didapatkan hasil diantaranya pembukaan serviks Ø 2 cm, selaput ketuban negatif (masih ada), presentasi kepala, Hodge I. Data objektif yang didapatkan di lahan praktik terhadap Ny "M" yaitu dengan pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik sertapemeriksaan penunjang. Dari data objektif yang telah dilakukan oleh penulis diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk lebih meningkatkan lagi keterampilan praktik dalam pemeriksaan terhadap pasien, baik itu observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjanglainnya untuk menunjang dari hasil pengkajian data subjektif sehingga tidak akan terdapat kesalahan dalam menegakkan diagnosa terhadap pasien.

Analisa data yang dapat disimpulkan berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan pemeriksaan yang telah dilakukan dari data objektif bahwa Ny "M" dengan KPD dengan riwayat abortus dan lahir prematur yang dapat menyebabkan serviks inkompetens dimana selaput ketuban menipis dan pecah sebelum waktunya sehingga pada Ny "M" diagnosa kebidanan yang ditegakkan adalah G_{VI}P₃₁₀₃A₁₀₀ UK 39 minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini (KPD), masalah yang didapat adalah pasien merasa cemas dengan keadaan yang dialaminya sekarang dan cemas terhadap keadaan bayinya, dan kebutuhan yang diberikan adalah asuhan sayangibu. Berdasarkan hasil analisa data yang didapatkan pada Ny "M" tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktik, diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk lebih meningkatkan kembali dalam hal penegakkan diagnosa terhadap pasien, sehingga diagnosa yang ditegakkan tepat. Dengan penegakan diagnosayang tepat, maka asuhan atau penatalaksanaan yang nantinya akan diberikan memenuhi kebutuhan pasien. Tindakan segera pada pasien dengan KPD tidak mengalami kesenjangan antara teori dan lahan praktek. Perencanaan dilakukan berdasarkan diagnosa masalah, kebutuhan yang muncul, disesuaikan dengan peran fungsi dan kewenangan bidan. Penatalaksanaan yang dilakukan berdasarkan perencanaan. Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny "M" adalah menginformasikan kepada ibu tentang pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu ibu mengalami KPD dengan UK aterm (39

minggu), namun apabila ada indikasi pembukaan ibu semakin maju maka akan dilakukan pemberian obat untuk membuat persalinan dengan cara bagian mulut rahim (serviks) dilunakkan, sehingga memudahkan untuk percepatan pembukaan serviks. Kemudian 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. Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi apabila pasien merasa sakit pada saat HIS, yaitu dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung dan hembuskan perlahan lewat mulut. Memantau keadaan pasien dan kemajuan dari proses persalinan serta memantau kesejahteraan janin.

Pembukaan lengkap pada pukul 01.00 WIB dan persalinan pervaginam berlangsung lancar dan bayi lahir 25 menit setelah pembukaan lengkap bayi lahir pervaginam spontan dan segera menangis dengan berat bayi 3300 gram danpanjang 51 cm, berjenis kelamin perempuan. Saat menolong kelahiran plasenta tidak ada kesulitan, plasenta lahir lengkap dan utuh serta terdapat robekan pada perineum derajat 2. Secara teori pasien dengan KPD dapat dilakukan tindakan konservatif dan aktif, tindakan konservatif dilakukan apabila kehamilannya masih dapat dipertahankan dengan pemberian terapi, namun apabila kehamilan sudah inpartu maka akan dilakukan tindakan aktif yaitu dengan melakukan terminasi kehamilan dimana tindakan terminasi akan menilai skor pelvik, apabila skor pelvik kurang dari 5 maka terminasi dilakukan dengan diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali namun apabila skor pelvik lebih dari 5 dilakukan dengan induksi oxytosin 5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan D5% atau Ringer Laktat, lalu mulai infus dengan tetesan pertama 8 tetes/menit dan setiap 30 menit tambahkan 4 tetes/menit hingga dosis optimal untuk HIS adekuat tercapai, dosis maksimum oksitosin adalah 20 mU/menit. Berdasarkan penatalaksanaan yang telah diberikan pada kasus pasien bersalin dengan KPD, tidak terdapat kesenjangan dengan teori yang ada, yaitu dilakukannya persalinan pervaginam dengan syarat pasien memungkinkan bersalin pervaginam dan terminasi kehamilan berhasil. Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan

bantuan apakah benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya sesuai dengan teori Varney. Setelah itu peneliti melanjutkan observasi dan pemantauan kala IV pada ibu dengan pemeriksaan TTV, kontraksi uterus dan perdarahan.

Pengkajian data subjektif yang dilakukan pada Ny "M" berdasarkan anamnesa didapatkan bahwa pasien hamil anak ke enam dan anak pertama mengalami keguguran, anak kedua lahir prematur, sekarang usia kehamilannya 39 minggu. Pasien tidak pernah menderita penyakit menurun seperti asma, Diabetes Mellitus, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan jantung.

Pengumpulan data subjektif ini sudah sesuai dengan teori yang ada, yaitu data yang didapat dari pasien ataupun keluarga pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosa. Diharapkan kepada tenaga kesehatan terus meningkatkan keterampilan komunikasi dalam melakukan pengkajian awal (anamnesa) sehingga tidak akan terjadi kekeliruan identitas, dan data- data yang mampu menunjang untuk pemeriksaan lanjutan, analisis data dan penatalaksanaan yang akan diberikan kepada pasien. Selain itu, diharapkan pula bagi pasien agar bisa memberikan informasi yang sesuai dengan keluhan yang dirasakan, sehingga memudahkan tenaga kesehatan untuk menghubungkan antara keluhan dengan hasil pemeriksaan yang akan dilakukan untuk mendapatkan analisa data dan penatalaksanaan yang sesuai dengan keadaan pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif yang didapatkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan lahan praktik. Pengkajian data objektif yang dilakukan pada Ny "M" tidak ada kesenjangan pada pemeriksaan khusus dan fisik terdapat pengeluaran cairan yang merembes melalui vagina sebelum tanda-tanda inpartu. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif yang didapatkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktik, sedangkan kejadian KPD yang dialami pasien sudah sesuai dengan teori Maharani, 2017 KPD banyak terjadi pada multipara dan grandemultipara disebabkan motilitas uterus berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan

dini pada serviks. Analisa data yang dapat disimpulkan berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan pemeriksaan yang telah dilakukan dari data objektif bahwa Ny "M" dengan mempunyai riwayat keguguran bisa menyebabkan KPD dimana servik mengalami penipisan terlebih dahulu sehingga memudahkan selaput ketuban mudah pecah. Sehingga pada Ny "M" diagnosa kebidanan yang ditegakkan adalah G_{VI}P₃₁₀₃A₁₀₀ UK 39 minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini, masalah yang didapat adalah pasien merasa cemas dengan keadaan yang dialaminya, dan kebutuhan yang diberikan adalah asuhan sayang ibu. Berdasarkan teori Varney 2007, analisis data adalah mengidentifikasi masalah dari data yang ada, untuk menentukan diagnosa yang akurat, yang terdiri dari diagnosa, masalah dan kebutuhan. Berdasarkan hasil analisa data yang didapatkan pada Ny "M" tidak terdapat kesenjangan antara teori dan di lahan praktik, diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk lebih meningkatkan kembali dalam hal penegakan diagnosa terhadap pasien, sehingga diagnosa yang ditegakkan tepat. Dengan penegakan diagnosayang tepat, maka asuhan atau penatalaksanaan yang nantinya akan diberikan memenuhi kebutuhan pasien. Penatalaksanaan yang dilakukan berdasarkan perencanaan.

Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny "M" adalah menginformasikan kepada ibu tentang pemeriksaanyang telah dilakukan yaitu ibu mengalami KPD dengan UK aterm (39 minggu) namun apabila ada indikasi pembukaan ibu semakin maju maka akan dilakukan pemberian obat untuk membuat persalinan dengan cara bagian mulut rahim (serviks) dilunakkan, sehingga memudahkan untuk percepatan pembukaan serviks. Kemudian 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. Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi apabila pasien merasa sakit pada saat his datang, yaitu dengan cara menarik napas dalam melalui hidung dan hembuskan perlahan lewat mulut. Memantau keadaan pasien dan kemajuan dari proses persalinan serta memantau kesejahteraan janin. Pasien ini dilakukan tindakan aktif dengan alasan bahwa pasien dengan usia kehamilan aterm. Secara

teori pasien dengan KPD dapat dilakukan tindakan konservatif dan aktif, tindakan konservatif dilakukan apabila kehamilannya masih dapat dipertahankan dengan pemberian terapi, namun apabila kehamilan sudah inpartu maka akan dilakukan tindakan aktif yaitu dengan melakukan terminasi kehamilan dimana tindakan terminasi akan menilai skor pelvik, apabila skor pelvik kurang dari 5 maka terminasi dilakukan dengan diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali namun apabila skor pelvik lebih dari 5 dilakukan dengan induksi oxytosin 5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan D5% atau Ringer Laktat, lalu mulai infus dengan tetesan pertama 8 tetes/menit dan setiap 30 menit tambahkan 4 tetes/menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai, dosis maksimum oksitosin adalah 20 mU/menit Berdasarkan penatalaksanaan yang telah diberikan pada kasus pasien bersalin dengan KPD, tidak terdapat kesenjangan dengan teori yang ada, yaitu dilakukannya persalinan pervaginam dengan syarat pasien memungkinkan bersalin pervaginam dan terminasi kehamilan berhasil.

KESIMPULAN

Ny “M” G_{VI}P₃₁₀₃A₁₀₀UK 39 minggu, tunggal, hidup, letkep, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase laten dengan KPD.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] APN, *Buku Acuan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK–KR, 2014.
- [2] Damayanti, Ika. *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin*. Edisi 1. Yogyakarta: CV Budi Utama, 2014.
- [3] Elisa, *Hubungan Paritas dengan Terjadinya Robekan Perineum Spontan pada Persalinan Normal*, Midwife Journal 2 nomor 02, 2016.
- [4] JNPK-KR. *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: JHPIEGO corporation, 2016.
- [5] Kemenkes RI. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru*. Edisi Revisi 2. Jakarta: Kemenkes RI. 2020.
- [6] Kemenkes RI. 2020. *Protokol Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir Selama Pandemi Covid-19*. www.depkes.go.id (diakses 10 maret 2021).
- [7] Manuaba. *Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC, 2013.
- [8] Marmi, dan R. Kukuh. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2012.
- [9] Maternity dan Putri. *Asuhan Kebidanan Komunitas Disesuaikan dengan Rencana Pembelajaran Kebidanan*. Yogyakarta: ANDI, 2017.
- [10] Norma, Nita Dan Mustika Dwi. *Asuhan Kebidanan Patologi Teori Dan Tindakan Kasus*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2013.
- [11] Nurasih, *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung: PT Refika Aditama, 2014.
- [12] Nurjasmi Emi. *Situasi Pelayanan Kebidanan Pada Masa Pandemi Covid-19 Dan Memasuki Era New-Normal*. Nomor 26. Jakarta: PP IBI, 2019.
- [13] Rahayu Dan Sari. 2017. “*Study Deskriptif Penyebab Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin*. E-journalAlmaata.Ac. Vol V, No 2. (Di Akses Tanggal 15 Maret 2018).
- [14] Rohani, Saswita R, Marisah. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika, 2013
- [15] Sari. *Hubungan Teknik Relaksasi Dengan Kemajuan Persalinan Pada Ibu Inpartu*. E- journal.stikesmuhaceh. tahun MMXVIII, Volume 8, Nomor 1, 2018
- [16] Sholichah N, Puji Lestari N. *Asuhan Kebidanan (Hamil, Bersalin, Nifas, BBL, dan KB)*. Jurnal Komunikasi Kesehatan Vol VIII No 1, 2017