

Laporan Kasus : Asuhan Kebidanan Patologis Dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ny. D

Wely Yulianti¹, Yetty Yuniarty², Dwi Khalisa Putri³.

¹²³Program Studi DIII Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak
Jl. Ampera No. 9, Pontianak, Kalimantan Barat
welyyulianti500@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan perempuan. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 830 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Ketuban pecah dini merupakan salah satu kasus risiko tinggi yang dapat menyebabkan tingginya morbiditas bagi ibu dan bayi, maka perlu dilakukan upaya diagnosis dan penatalaksanaan ketuban pecah dini. Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan, pada keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini.

Tujuan : Mampu memberikan asuhan kebidanan pada Ny. D dengan Ketuban Pecah Dini dalam persalinan di wilayah kerja RSIA Permata Bunda Ketapang.

Metode Penelitian : Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus.

Hasil Penelitian : Dengan diterapkannya asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini didapati pasien bersalin secara normal tanpa diberikan tindakan SC sehingga ibu dan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada kelainan atau keluhan.

Simpulan : Berdasarkan asuhan yang diberikan ada terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di RSIA Permata Bunda Kabupaten Ketapang yaitu seharusnya dilakukan tindakan SC tetapi pasien dilakukan tindakan induksi.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan Patologis, Ketuban Pecah Dini, Persalinan

Case Report : Pathological Obstetrics Care With Premature Rupture of Membranes in Ny. D

ABSTRACT

Background: Maternal Mortality Rate (MMR) is one of the indicators to measuring women's health status. The World Health Organization (WHO) estimates that 830 women died every day due to complications of pregnancy and childbirth. Premature rupture of membranes is one of the high-risk cases that can cause high morbidity for mothers and babies, therefore it is necessary to make efforts to diagnose and treat premature rupture of membranes. Premature rupture of membranes (PROM) is an important problem in obstetrics related to complications of premature birth, the occurrence of infection chorioamnionitis to sepsis, which increases perinatal morbidity and mortality and causes maternal infection. This can occur at the end of pregnancy or long before the time of delivery, under normal circumstances 8-10% of pregnant women at term will experience premature rupture of membranes.

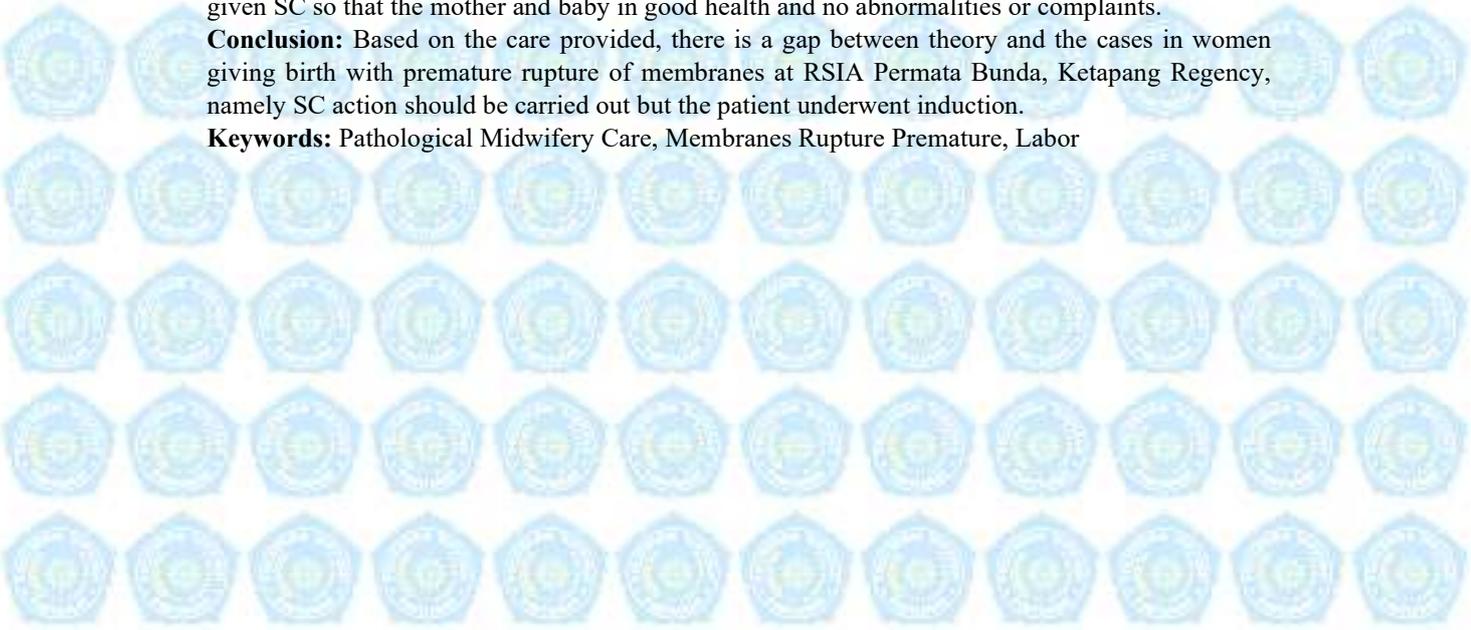
Objective: To be able to provide midwifery care to Mrs. D with premature rupture of membranes in labor in the working area of RSIA Permata Bunda Ketapang.

Research Methods: This study uses a descriptive method with a case study approach.

Research Results: With the implementation of midwifery care for mothers in labor with premature rupture of membranes, it was found that the patient gave birth normally without being given SC so that the mother and baby in good health and no abnormalities or complaints.

Conclusion: Based on the care provided, there is a gap between theory and the cases in women giving birth with premature rupture of membranes at RSIA Permata Bunda, Ketapang Regency, namely SC action should be carried out but the patient underwent induction.

Keywords: Pathological Midwifery Care, Membranes Rupture Premature, Labor



POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

PENDAHULUAN

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu. Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan, pada keadaan normal 8 hingga 10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Meskipun saat ini masih banyak pertentangan mengenai penatalaksanaan KPD yang bervariasi dari “*doing nothing*” sampai pada tindakan yang berlebih-lebihan. Namun beberapa institusi menganjurkan penatalaksanaan KPD untuk umur kehamilan lebih dari 36 minggu yaitu dengan melakukan induksi persalinan, bila induksi persalinan gagal maka perlu dilakukan tindakan operatif.

Menurut para ahli lain, ada kasus KPD induksi persalinan dilakukan begitu diagnosis ditegakkan tanpa perlu mempertimbangkan tinggi rendahnya nilai bishop. Induksi persalinan yaitu suatu tindakan yang dilakukan terhadap ibu hamil yang belum inpartu untuk merangsang terjadinya persalinan. Induksi persalinan terjadi antara 10% sampai 20% dari seluruh persalinan dengan berbagai indikasi baik dari ibu maupun dari janinnya. Indikasi terminasi kehamilan dengan induksi adalah KPD, kehamilan postterm, polyhidramnion, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta), riwayat persalinan cepat, kanker, PEB, IUFD. Banyak metode induksi telah banyak dilakukan dan ternyata kegagalan sering terjadi bila serviks belum matang. Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum kehamilan 37 minggu. Kondisi ini merupakan komplikasi 2 sampai 4% dengan semua persalinan tunggal dan 7 sampai 20% (Legawati & Riyanti, 2018).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan perempuan. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 830 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Artinya, setiap 2 menit ada satu perempuan yang meninggal (WHO, 2018 dalam Ramadhita et al., 2020).

Pada tahun 2017, Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia masih tinggi dengan jumlah 289.000 jiwa. Beberapa Negara berkembang AKI yang cukup tinggi seperti di Afrika Sub-Saharan sebanyak 179.000 jiwa, Asia Selatan sebanyak 69.000 jiwa, dan di Asia Tenggara sebanyak 16.000 jiwa. AKI di Negara-negara Asia Tenggara salah satunya di Indonesia sebanyak 190 per 100.000 kelahiran hidup. AKI yang telah dipublikasikan

untuk kawasan *Association of South east Asian Nations* (ASEAN) diantaranya Myanmar mencapai 178 per 100.000 kelahiran hidup, Indonesia 126 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia 6 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 20 per 100.000 kelahiran hidup, dan Singapura 10 per 100.000 kelahiran hidup (Wulandari et al., 2019).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) periode tahun 1991-2007, AKI mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Namun pada SDKI tahun 2012, AKI kembali naik menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Akan tetapi, jika dilihat dari target AKI di Indonesia pada tahun 2015 yaitu 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup, angka tersebut masih sangat jauh. Perwujudan target penurunan AKI dalam *Millennium Development Goals* (MDG's) kedepannya akan dilanjutkan melalui *Sustainable Development Goals* (SDG's) dari 17 tujuan menjadi 169 target SDG's yang telah disepakati, target penurunan AKI masuk dalam tujuan ketiga yakni *Ensure Healthy Lives and Promote Well-being for All at All Ages*. Pada tahun 2030, target penurunan AKI secara global adalah 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Ramadhita et al., 2020).

Angka kematian ibu di Kalimantan Barat masih sangat tinggi. Pada bulan Januari hingga Desember Tahun 2012 adalah 403 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian terbanyak adalah perdarahan 38,46%, hipertensi dalam kehamilan 26,17%, infeksi 4,2% dan lain-lain 32,17%. Jumlah kasus kematian neonatal juga tinggi. Kematian neonatal pada tahun 2012 berjumlah 507 kasus dan yang terjadi Kabupaten Mempawah berjumlah 26 kasus (5,12%). Penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia sebesar 38,30%, BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) sebanyak 29,59% dan sisanya disebabkan oleh kelainan kongenital, sepsis, ikterus, dan lainnya (Maria & Sari, 2016). Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya yang dilakukan oleh Miranti (2010) yang berjudul "Hubungan Antara Kejadian Ketuban Pecah Dini Dengan Paritas Di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedarso Pontianak tahun 2010" dengan hasil penelitiannya adalah ada hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan paritas. Penelitian Vera Apriliyanti Lestari, hasil analisis menunjukkan adanya hubungan paritas dengan kejadian KPD pada ibu bersalin di RSUD Dr. H. Kabupaten Kendal dengan hasil uji *chi square* didapatkan $P \text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$. Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui lebih jauh lagi tentang hubungan usia kehamilan dan paritas ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah

dini di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Kabupaten Mempawah Tahun 2014 (Maria & Sari, 2016).

LAPORAN KASUS

Desain penelitian ini adalah studi kasus yaitu laporan studi kasus dengan menggunakan metode observasional deskriptif yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat dengan menggunakan pendekatan strategi penelitian *case study research*. Asuhan patologis dengan ketuban pecah dini yang diberikan pada Ny. D umur 37 tahun di RSIA Permata Bunda Kabupaten Ketapang dari tanggal 07 sampai dengan 25 Desember 2020.

Penelitian ini dilakukan selama 3 minggu, dengan pertemuan antara peneliti dan responden dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu pada persalinan Kala II, Kala III dan Kala IV. Pada tanggal 12 Desember 2020, pada Kala II didapati data subjektif bahwa Ny. D mengatakan mulasnya semakin sering dan kuat, ada rasa ingin meneran. Data objektif didapati keadaan umum baik, TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt dan P: 20 x/mnt dan dilakukan pemeriksaan fisik didapati His: 3x10'40", Adekuat, DJJ: 142 x/mnt teratur. Pada pemeriksaan dalam didapati pembukaan 10 cm, ketuban negatif, penurunan H III-IV, penunjuk ubun-ubun kecil sehingga dilakukan analisis didapati GIV PIII A0 Hamil 40 Minggu Inpartu Kala II Dengan Ketuban Pecah Dini Janin Tunggal Hidup Presentasi Belakang Kepala. Penatalaksanaan yang diberikan antara lain: menjelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan, memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan sudah boleh meneran ketika ada kontraksi, keadaan janin baik, memberikan dukungan kepada ibu agar bersemangat untuk meneran, memimpin dan membimbing ibu meneran, ibu dapat melakukannya dengan baik dan menolong persalinan sesuai langkah APN, bayi lahir spontan langsung menangis, tonus otot baik pukul 15:50 WIB, anak laki-laki hidup.

Pada Kala III didapati data subjektif bahwa Ny. D mengatakan mulas. Data objektif didapati TFU 1 jari di bawah pusat, tidak terdapat janin kedua, kontraksi uterus keras dan perdarahan normal sehingga dilakukan analisis didapati PIVA0 Inpartu Kala III. Penatalaksanaan yang diberikan antara lain: menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, memberikan injeksi oksitosin 1 amp via IM pada 1/3 paha kiri bagian depan, tidak ada reaksi alergi, memotong tali pusat, tali pusat dipotong dan diikat dengan benang steril, mengeringkan bayi dan melakukan IMD, melahirkan plasenta sesuai langkah manajemen aktif kala III, plasenta lahir spontan jam 15:55 Wiba, melakukan massase

uterus, uterus teraba keras perdarahan \pm 50 cc dan memeriksa kelengkapan plasenta, plasenta lengkap.

Pada Kala IV didapati data subjektif bahwa Ny. D mengatakan senang atas kelahiran bayinya. Data objektif didapati keadaan umum baik, TD: 120/70 mmHg, N: 82 x/mnt dan P: 20 x/mnt dan dilakukan pemeriksaan khusus didapati TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih tidak penuh, tidak ada ruptur pada kulit perineum dan perdarahan \pm 50 cc sehingga dilakukan analisis didapati PIV A0 Inpartu Kala IV Dengan Ketuban Pecah Dini. Penatalaksanaan yang diberikan antara lain: menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, memfasilitasi personal hygiene, ibu sudah bersih dan merasa nyaman, menganjurkan ibu cara massase fundus uteri dan menjelaskan tujuannya (ibu dapat melakukannya), memfasilitasi *rooming in* ibu dan bayi, memberikan terapi obat Amox (3x1), Asam mefenamat (3x1), Vit. A (1x1), menjelaskan cara mengkonsumsinya (ibu dapat mengulangi penjelasan yang diberikan, mengajarkan ibu cara menyusui yang benar (ibu dapat melakukannya), melakukan pemeriksaan bayi BB : 2.700 gram, PB : 48 cm, LK : 31 m, LD : 31 cm, hasil pemeriksaan tidak ada kelainan dan melakukan observasi kala IV, hasil didokumentasikan pada partograf.

DISKUSI

1. Data Subjektif

Dari keluhan yang dirasakan responden bahwa Ny. D merasakan mules-mules, dan ada keluar air ketuban jam 07:00 wib (12-12-2020) berwarna putih keruh (J). Tanda dan gejala tersebut sesuai dengan teori yaitu KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya, dimana pada primipara pembukaan serviks kurang 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Sepduwiana, 2011).

2. Data Objektif

Data objektif yang ditemukan pada Kala I dalam pemeriksaan umum didapati bahwa keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 80 x/mnt, suhu: 36,6°C, pernapasan: 20 x/mnt dan pada pemeriksaan fisik didapati his: 2x10'20", Adekuat, DJJ : 142 x/mnt, teratur dan pada pemeriksaan dalam didapati pembukaan : 2 cm, ketuban : (-), penurunan : H I-II, molase : (-) dan penunjuk : Ubin-ubin kecil. Keadaan tersebut sejalan dengan teori proses persalinan terbagi menjadi dua fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala

pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin). Masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam, berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Puspitasari & Rimandini, 2014). KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya, dimana pada primipara pembukaan serviks kurang 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Sepduwiana, 2011).

Pada kala II proses persalinan dilakukan oleh bidan dengan cara persalinan spontan dengan lama persalinan 5 menit. Pada tanggal 12 Desember 2020 pukul 15:45 WIB, PD pembukaan lengkap, ketuban (-) Negatif, kepala H III-IV dipimpin meneran selama 5 menit. Pukul 15:50 WIB partus lahir spontan, anak laki-laki hidup menangis spontan, plasenta lahir spontan pukul 15:55 WIB. Keadaan tersebut sejalan dengan teori proses kala II pada primigravida berlangsung maksimal 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam (Sumarah, 2009). Dilihat dari kasus ibu yang mengalami ketuban pecah dini pada saat proses persalinan kala II ibu dianjurkan dokter untuk diinduksi agar merangsang ibu saat persalinan. Induksi persalinan yaitu suatu tindakan yang dilakukan terhadap ibu hamil yang belum inpartu untuk merangsang terjadinya persalinan. Induksi persalinan terjadi antara 10% sampai 20% dari seluruh persalinan dengan berbagai indikasi baik dari ibu maupun janinnya. Indikasi terminasi kehamilan dengan induksi adalah KPD, Kehamilan postterm, polyhidramnion, perdarahan antepartum (plasenta previa, sulosioplasenta), FEB, IUFD (Legawati & Riyanti, 2018).

Pada Kala III persalinan berlangsung selama 5 menit. Keadaan tersebut tidak sejalan dengan teori waktu pada saat plasenta dan selaputnya benar-benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata-rata kala III berkisar 15 sampai 30 menit, baik primipara maupun multipara (Marmi, 2016).

3. Asasement

Dari data subjektif dan objektif di atas ditegakkan diagnosa berdasarkan dokumentasi asuhan kebidanan yaitu GIV PIII A0 usia kehamilan 40 minggu dengan ketuban pecah dini.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. D dengan ketuban pecah dini dokter memberikan induksi kepada pasien, seharusnya pasien dilakukan SC tetapi

dilakukan dengan induksi terlebih dahulu setelah dipantau 50 menit akhirnya ada reaksi ibu untuk meneran dan setelah di pimpin meneran alhamdulillah langsung lahirnya bayi laki-laki hidup menangis spontan. Disusul 5 menit kemudian lahirnya plasenta pukul 15:55 wib. Menurut (Sukarni, 2013) pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan lebih dari 5 cm, maka seksio sesarea apabila ketuban pecah kurang dari 5 jam pembukaan kurang dari 5 cm. Sedangkan untuk penanganan aktif yaitu untuk kehamilan >37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat diberikan misoprostol 25 mg sampai 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali (Prawirohardjo, 2009).

SIMPULAN

Setelah dilakukan pengkajian sampai evaluasi kasus terdapat kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan yaitu seharusnya pasien dilakukan SC tetapi dokter melakukan tindakan induksi, setelah diberikan induksi maka dipantau 50 menit akhirnya ada reaksi ibu untuk meneran dan setelah di pimpin meneran alhamdulillah langsung lahir bayi laki-laki hidup menangis spontan.

PERSETUJUAN PASIEN

Persetujuan pasien diperoleh dari nama Ny. S, usia 28 tahun, jenis kelamin perempuan, alamat Jl. Gatot Subroto, Gg. Murti, RT. 001, RW. 001, Paya Kumang Delta Pawan dengan memberikan persetujuan untuk diberikan tindakan medis berupa pertolongan persalinan dan BBL terhadap Ibu kandung yang bernama Ny. D.

REFERENSI

- Legawati, & Riyanti. (2018). Determinan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Cempaka RSUD DR Doris Sylvanus Palangkaraya. *Jurnal Surya Medika*, 3(2), 68–72.
- Maria, A., & Sari, U. S. C. (2016). Hubungan Usia Kehamilan dan Paritas Ibu Bersalin dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, II(1).
- Marmi. (2016). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas "Puerpurium Care."* Pustaka Pelajar.
- Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ramadhita, I., Darmayanti, & Rusmilawaty. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini Di RSD Idaman Banjarbaru Tahun 2018. *Jurnal Kebidanan Bestari*, 2(1), 15–28.

PERPUSTAKAAN

Sepduwiana, H. (2011). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu. *Jurnal Maternity and Neonatal*.

Sukarni, I. K. (2013). *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Nuha Medika.

Sumarah. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin: Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Fitramaya.

Wulandari, I. A., Z, M. F., & Octaviani, A. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, 3(1), 52–61. <https://doi.org/10.37337/jkdp.v3i1.110>