

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan keseluruhan tentang asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny. "F" dengan Ketuban Pecah Dini di RB Mardi Rahayu Gresik, secara terperinci yang membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus untuk mengatasi permasalahan dan menilai keberhasilan masalah dengan secara menyeluruh.

5.1 Pengkajian Data Dasar

Pada pengkajian data dasar, asuhan kebidanan pada persalinan dan nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

5.1.1 Pada persalinan:

- 1) Keluhan utama: pada kasus, ibu mengatakan keputihan sedikit encer mulai tanggal 12-12-13 sampai dengan tanggal 15-12-13, namun pada tanggal 15-12-13 jam 08.00 WIB keputihannya keluar semakin banyak, berbau anyir, warna jernih, seperti orang kencing yang tidak bisa ditahan, ibu takut yang keluar adalah cairan ketuban. HPHT: 16-03-2013. Sedangkan menurut Nugroho, 2012 merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir dan menurut Tharpe, Farley (2012) *HPHT*, diperkirakan tanggal konsepsi, *usia gestasi*. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir dengan ciri-ciri berbau anyir, warna jernih, seperti orang kencing yang tidak bisa ditahan serta dengan

HPHT digunakan untuk mengetahui usia kehamilan dalam menentukan penanganan KPD karena makin muda kehamilan, perlu waktu untuk mempertahankan sampai janin matur.

- 2) Pola fungsi kesehatan: pada kasus, ibu mengatakan makan 3x/hari dengan porsi sedang, dengan menu nasi, ikan, sayur, dan minum air putih ± 2 liter/hari, minum susu hamil 1 gelas (± 300 cc)/hari. Sedangkan menurut Nugroho (2012) defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C). Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan dilihat dari pola makan ibu yang sudah seimbang dengan menu nasi, ikan, sayur dan mengkonsumsi susu ibu hamil. Ibu mengatakan selama hamil ibu melakukan hubungan seksual seminggu sekali, namun pada usia kehamilan ± 4 bulan ibu pernah mengalami nyeri perut bagian bawah dan setelah itu ibu lebih jarang lagi untuk melakukan hubungan seksual (2 minggu sekali) karena takut terjadi apa-apa. Sedangkan menurut Rukiyah, Yulianti (2010) tindakan senggama tidak berpengaruh kepada resiko, kecuali jika hygiene yang buruk, predisposisi terhadap infeksi. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan lebih hati-hati untuk berhubungan setelah ada keluhan nyeri perut bagian bawah terutama dalam hal hygiene serta frekuensi hubungan kurang dari 3 kali dalam seminggu. Ibu mengatakan tidak merokok, tapi suaminya merokok. Sedangkan menurut Marmi (2012) merokok atau terus-menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan terjadinya gangguan pertumbuhan janin, peningkatan morbiditas

dan mortalitas perinatal dan merokok juga meningkatkan frekuensi persalinan premature, KPD, plasenta previa dan kematian janin. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan salah satu penyebab KPD adalah dengan terpapar asap rokok.

- 3) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga: pada kasus, ibu mengatakan baik dari keluarganya atau keluarga suami tidak mempunyai penyakit jantung, ginjal, sesak, TBC, penyakit kuning, hipertensi, Toxo, diabet dan tidak mempunyai keturunan kembar. Sedangkan menurut Nugroho (2012) ada riwayat kehamilan kembar. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan dari keluarga tidak mempunyai riwayat keturunan kembar yang merupakan faktor resiko dari KPD.
- 4) Riwayat psikososiospiritual: pada kasus, ibu mengatakan cemas mendekati persalinan. Sedangkan menurut Healthcare (2011) Ibu primipara yang mengalami ketuban pecah dini berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk cemas akan kehamilan. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu mengalami rasa cemas ketika mendekati persalinan, apalagi dengan keluar cairan ketuban yang belum ada pembukaan, pastinya ibu akan semakin cemas.
- 5) Pemeriksaan umum: pada kasus, TTV ibu: TD: 120/70 mmHg, berbaring, Nadi: 88x/menit, teratur, RR: 24x/menit, teratur, Suhu: 37,2⁰C rectal, setelah bedrest pada jam 09.00 WIB observasi suhu rektal: 37⁰C dan di tempat rujukan (RS Graha Medika) oleh bidan

jaga, dilakukan pemeriksaan suhu rectal: $37,5^{\circ}\text{C}$, TD: 130/80 mmHg, Nadi: 92x/menit, DJJ: 158x/menit. Sedangkan menurut, Sofian (2011) ibu akan merasa lelah karena berbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama, maka suhu badan akan naik, nadi cepat, dan nampaklah tanda-tanda infeksi. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu belum terdapat tanda-tanda infeksi, sehingga pada TTV ibu didapatkan hasil dalam batas normal.

6) pemeriksaan fisik: pada kasus, pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada nyeri tekan uterus, terdapat linea nigra, striae livide, Leopold I: TFU 3 jari bawah processus xipoid, teraba bagian lunak, bundar, tidak melenting (bokong), Leopold IV: Divergen 4/5 PAP, TFU Mc Donald: 33 cm, DJJ: 148x/menit, teratur, his: -. Di tempat rujukan (RS Graha Medika) oleh bidan jaga, dilakukan pemeriksaan Leopold I: TFU $\frac{1}{2}$ px-pst, bokong, Leopold IV: divergen 3/5 PAP, TFU Mc Donald: 30cm, VT \emptyset 0 cm, ketuban (-) merembes jernih, tes lakmus (+) warna merah jadi warna biru, H. I. Sedangkan menurut Tharpe, Farley (2012) adanya kontraksi, taksiran berat janin/TBJ, tentukan presentasi dan letak janin, evaluasi DJJ secara sering dan palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan uterus (salah satu tanda gejala dari korioamnionitis). Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan semakin banyak cairan ketuban yang keluar, maka hasil pemeriksaan Leopold I, Leopold IV, TFU Mc Donald ketika di RB Mardi Rahayu dan di di tempat rujukan

mengalami perubahan. Pada pemeriksaan genetalia tampak keluar cairan ketuban jernih, berbau anyir, tidak ada bloody show. Sedangkan menurut Nugroho (2012) pengamatan dengan mata biasa, tampak keluarnya cairan dari vagina, pemeriksaan dengan speculum pada KPD, tampak keluar cairan dari *ostium uteri eksternum*/OUE. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan pada genetalia ibu tampak keluar cairan ketuban.

- 7) Pemeriksaan dalam: pada kasus, VT Ø 0 cm, ketuban (-) merembes jernih, H,I, tidak dilakukan pemeriksaan lakmus karena kertas lakmus tidak ada. Sedangkan menurut Nugroho (2012) didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan belum ada pembukaan, serta tidak dilakukan tes lakmus dikarenakan kertas lakmus tidak ada.
- 8) Pemeriksaan Panggul: pada kasus, ukuran panggul luar: *distancia spinarum*: 25 cm, *distancia cristarum*: 27 cm, *distancia tuberum*: 10,5 cm, *konjugata eksterna*: 18 cm, *lingkar panggul*: 90 cm. Sedangkan menurut Nugroho (2012) salah satu faktor predisposisi KPD adalah faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ukuran panggul luar pada ibu normal.
- 9) Pemeriksaan Penunjang: pada kasus, tanggal 12-06-13 dilakukan laboratorium: golongan darah A, Hb 12gr%. Sedangkan menurut Nugroho (2012) tes lakmus (tes nitrazin), air ketuban (basa), pH air

ketuban 7-7,5, urine (asam), Secret vagina ibu hamil pH: 4-5. Terdapat kesenjangan dikarenakan tes lakmus tidak dilakukan di RB Mardi Rahayu, namun dilakukan ditempat rujukan, padahal untuk mendiagnosa KPD yang dijadikan sebagai indikator bahwa yang cairan yang keluar adalah cairan ketuban bukan lendir atau keputihan yang agak encer adalah dengan menggunakan kertas lakmus.

5.1. 2 Pada nifas

- 1) Keluhan utama: pada kasus, ibu mengatakan nyeri luka jahitan operasi saat di buat bergerak miring kekiri atau kekanan. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) Jika persalinan dengan KPD secara SC: terdapat dua atau lebih dari tanda gejala *sepsis puerperalis*/infeksi masa nifas, seperti demam, nyeri pelvik, nyeri tekan uterus, lokia berbau menyengat dan menurut Baston, Hall (2011) nyeri pada luka jahitan post operasi. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu hanya nyeri luka jahitan post operasi yang tidak diikuti demam (indikator terjadinya infeksi).
- 2) Riwayat obstetrik yang lalu: pada kasus, ibu mengatakan usia kehamilan 39- 40 mgg dengan keluar cairan ketuban dan dilakukan persalinan secara SC tanggal 15-12-13 jam 12.20 WIB oleh dr. SpOG di RS Graha Medika Surabaya karena ketubannya tinggal sedikit. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) riwayat persalinan dengan ketuban pecah dini dan kelahiran dengan

SC. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan jika saat bersalin mengalami penyulit berupa KPD yang tidak diikuti pembukaan, tanpa adanya his dan dengan adanya komplikasi akibat KPD seperti terjadinya oligohidramnion maka kemungkinan besar persalinannya diakhiri dengan SC.

- 3) Pola fungsi kesehatan: pada kasus, ibu mengatakan istirahat tidur siang \pm 1jam dan tidur malam \pm 5-6 jam, namun kadang-kadang ibu terbangun karena rasa nyeri luka jahitan operasi. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) waktu istirahat pada siang hari kira-kira 2 jam dan malam hari 7-8 jam. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu istirahat tidur \pm 5-6 jam, karena rasa nyeri dan belum dapat beradaptasi dengan bekas luka operasi.
- 4) Riwayat psikososiospiritual: pada kasus, ibu mengatakan senang sekali atas kelahiran putra pertamanya, suami dan keluarganya ikut membantu merawat bayi. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) ikatan antara ibu dan bayi dalam bentuk kasih sayang dan belaian, sehingga timbul interaksi yang menyenangkan dan mendapat respon yang positif dari keluarga, seperti memberi dukungan dalam merawat bayi. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan kehamilan ini kehamilan yang direncanakan.
- 5) Pemeriksaan umum: pada kasus, TTV: TD: 120/80 mmHg, berbaring, Nadi: 84x/menit, teratur, RR: 20x/menit, teratur, Suhu: 37⁰C, axila. Sedangkan menurut Baston, Hall (2011) jika

persalinan dengan KPD secara SC: setelah pemindahan ke ruangan, observasi harus dicatat setiap setengah jam selama dua jam, kemudian setiap jam jika hasil memuaskan. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan hasil TTV ibu normal.

- 6) Pemeriksaan Fisik: pada kasus, terdapat plester anti air pada bekas luka jahitan operasi, terdapat linea nigra, striae livide, UC keras, TFU 1 jari bawah pusat. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) jika persalinan dengan KPD secara SC: Tanda gejala *sepsis puerperalis*/infeksi masa nifas seperti nyeri tekan uterus dan terjadi keterlambatan penurunan ukuran uterus dan menurut Endjun (2007) *involuti* uterus pascaoperasi SC lebih lambat dibanding persalinan normal pervaginam serta menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009 Luka (luka jahitan postoperasi) tetap dijaga agar tetap bersih dan kering. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan adanya teori yang mendukung bahwa *involuti* uterus pascaoperasi SC lebih lambat dibanding persalinan normal pervaginam serta ibu rajin dalam merawat lukanya sehingga tidak terjadi infeksi pada luka jahitan post SC.

5.2 Interpretasi Data Dasar

Pada interpretasi data dasar, asuhan kebidanan pada persalinan dan nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

5.3. 1 Pada persalinan:

- 1) Pada kasus, diagnosa: GI P00000 UK 39-40 minggu hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauteri, kesan jalan lahir normal,

keadaan umum ibu dan janin baik dengan susp KPD. Sedangkan menurut Wildan, Hidayat (2011) GI P00000 usia kehamilan, tunggal, hidup, presentasi kepala, intrauterin, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan bayi baik, inpartu fase laten/aktif dengan susp KPD. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan sudah sesuai dengan nomenklatur kebidanan.

- 2) Pada kasus, masalah: cemas karena ketubannya sudah keluar. Sedangkan menurut Healthcare (2011) cemas dan menurut Sofian (2011) lelah. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu bertambah cemas ketika dr SpOG mengatakan bahwa cairan ketubannya tinggal sedikit dan di sarankan untuk segera dioperasi.
- 3) Pada kasus, kebutuhan: asuhan sayang ibu, bedrest, observasi CHPB, observasi suhu rektal tiap 3 jam. Sedangkan menurut JNPK-KR/POGI (2008) asuhan sayang ibu, Manuaba (2007) bedrest dan terapi antibiotik, Manuaba (2008) observasi CHPB, Paraton, dkk (2008) observasi suhu rektal tiap 3 jam. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu sesuai dengan protap yang diberikan di RB Mardi Rahayu Gresik, yang sudah sesuai dengan advis dokter yaitu tidak diberikan antibiotik profilaksis, meskipun demikian ibu belum menunjukkan tanda-tanda infeksi dan observasi suhu rectal dilakukan kembali sesuai dengan advis dokter, satu jam setelah ketuban pecah dan untuk selanjutnya observasi suhu rectal tiap 3 jam.

5.3. 2 Pada nifas:

- 1) Pada kasus, diagnosa: P10001 Post SC hari ke-1 dengan nyeri luka jahitan Post SC. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) PAPIAH Post Partum Hari ke- 1 dengan nyeri luka jahitan post SC. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan sudah sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Pada kasus, masalah: nyeri pada luka jahitan Post SC. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) jika persalinan dengan KPD secara SC: demam (38 °C) dan Baston, Hall (2011) nyeri luka jahitan postoperasi. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu hanya mengalami nyeri luka jahitan post operasi yang tidak disertai demam.
- 3) Pada kasus, kebutuhan: perawatan nifas Post SC, nutrisi dan hidrasi, mobilisasi, tehnik relaksasi, istirahat, latihan postnatal, pemberian ASI eksklusif. Sedangkan menurut Baston, Hall (2011) dukungan pada ibu, mobilisasi, asuhan luka dan latihan postnatal, dan menurut Sulistyawati, Nugraheny (2010) nutrisi dan hidrasi, Saleha (2009) pemberian analgetik, antipiretik. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan asuhan kebidanan yang dilakukan di RS Graha Medika sudah sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh ibu serta mengikuti protap RS seperti menganjurkan ibu untuk tetap melanjutkan terapi oral sesuai dengan advis dokter RS Graha Medika.

5.3 Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial

Pada antisipasi diagnosa/masalah potensial, asuhan kebidanan pada persalinan dan nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

5.3.1 Pada persalinan

Pada kasus, masalah potensial ibu: kala II lama, janin: infeksi intrauteri. Sedangkan menurut Khumaira (2012) masalah potensial ibu: *dry labour*/partus lama dan menurut Sofian (2011) masalah potensial janin: infeksi intrauteri. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan salah satu fungsi cairan ketuban sebagai pelicin, maka ibu akan merasa lelah karena berbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama, maka suhu badan akan naik, nadi cepat, dan nampaklah tanda-tanda infeksi serta ketika ibu tampak tanda-tanda infeksi maka janin akan terkena infeksi intrauteri.

5.3.2 Pada nifas

Pada kasus, masalah pada ibu: Infeksi pada luka jahitan Post SC. Sedangkan menurut Suherni, Widyasih, Rahmawati (2009) jika persalinan dengan KPD secara SC adalah *Sepsis puerperalis* dan menurut Baston, Hall (2011) infeksi pada luka jahitan Post SC. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu tidak mengalami infeksi pada luka jahitan post SC.

5.4 Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera/Kolaborasi/Rujukan

Pada identifikasi kebutuhan akan tindakan segera, asuhan kebidanan pada persalinan dan nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

5.4. 1 Pada persalinan

Pada kasus, kolaborasi dengan dr. SpOG dalam USG. Sedangkan menurut Nugroho (2012) kolaborasi dengan dr. SpOG dalam USG untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam *cavum uteri* dan menurut Tharpe, Farley (2012) untuk diagnosis atau terapi diluar lingkup praktek bidan. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan pemeriksaan USG merupakan praktek diluar wewenang bidan, sehingga seorang bidan perlu melakukan kolaborasi dengan dr. SpOG.

5.4. 2 Pada nifas

Pada kasus, tidak dilakukan kolaborasi dengan dokter di RS Graha Medika. Sedangkan menurut Tharpe, Farley (2012) untuk diagnosis atau terapi diluar lingkup praktek bidan. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan ibu sudah mendapat terapi dari dokter RS Graha Medika Surabaya.

5.5 Merencanakan Asuhan Kebidanan Secara Menyeluruh/ Intervensi

Pada perencanaan asuhan kebidanan secara menyeluruh, asuhan kebidanan pada persalinan dan nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan, rencana tindakan yang berakhir dengan dilakukannya rujukan ke RS merupakan kondisi ibu saat ini sudah diluar wewenang bidan, sehingga oleh dr. SpOG direncanakan untuk kehamilannya diterminasi dengan persalinan SC atas dasar hasil USG dengan diagnosa Oligohidramnion. Sedangkan pada asuhan kebidanan nifas, intervensi yang diberikan sudah sesuai untuk mengatasi masalah ibu. Rencana

tindakan yang dibuat tersebut sudah rasional sesuai dengan pengetahuan dan teori yang baru, demi keselamatan ibu dan janin serta meminimalkan terjadinya komplikasi.

5.6 Melaksanakan Perencanaan/Implementasi

Dalam melaksanakan perencanaan, asuhan kebidanan pada persalinan dan nifas sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, guna mengatasi masalah ibu.

5.7 Evaluasi

Pada evaluasi, asuhan kebidanan pada persalinan ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, yaitu SOAP pada persiapan rujukan, sedangkan pada asuhan kebidanan nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kasus, melakukan rujukan tanpa ibu diinfus. Menurut JNPK-KR/POGI (2008) persiapan rujukan dengan BAKSOKU (B: Bidan, A: Alat, K: Keluarga, S: Surat, O: Obat, K: Kendaraan, U: uang).

Kesenjangan dalam persiapan rujukan, ibu dirujuk ke RSIA Graha Medika Surabaya tanpa diinfus, ibu dalam posisi duduk, ibu tidak tidur berbaring miring ke kiri, padahal risiko terjadinya KPD adalah terjadinya prolaps talipusat dan gawat janin. Namun setelah dilakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas secara menyeluruh, ibu nifas pada hari ke-1 sampai dengan hari ke-13 postoperasi kesehatan ibu terus meningkat sesuai dengan harapan yang diinginkan.