

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Ibu Bersalin Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian

Ketuban pecah dini atau *spontaneous/ early/ premature rupture of the membrane* (PORM) merupakan pecahnya ketuban sebelum in partu yaitu jika pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2013). Ketuban pecah dini yaitu bocornya cairan amnion sebelum mulainya persalinan terjadi pada kira-kira 7-12% kehamilan. Ketuban paling sering pada saat mendekati masa persalinan, persalinan terjadi secara spontan dalam beberapa jam. Jika ketuban pecah dini dihubungkan dengan kehamilan peterm, ada risiko peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal akibat dari mianutrisi janin. Bila kelahiran tidak terjadi selama 24 jam, juga dapat terjadi risiko peningkatan risiko intrauterin. (Taber, 1994)

Risiko Infeksi merupakan keadaan pasien yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI SPP PPNI, 2017)

2. Etiologi

Menurut (Manuaba, 2009) penyebab terjadinya ketuban pecah dini adalah:

- a. Serviks inkompeten yaitu kelainan pada serviks uteri dimana kanalis servikalis selalu terbuka.
- b. Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit ketuban di atas

ostium uteri internum pada serviks atau peningkatan intra uterin secara mendadak.

- c. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik).
- d. Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten.
 - 1) Makin Panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan terjadinya infeksi
 - 2) Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahnya tanpa menimbulkan morbiditas janin.
 - 3) Komplikasi ketuban pecah dini makin meningkat
- e. Kelainan letak janin dalam Rahim misalnya letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagian rendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah. Kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung, sepalovelvik, disproporsi.
- f. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban biasa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

Menurut (Sinseng, 2008) penyebab terjadinya infeksi pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini yaitu setelah ketuban pecah maka kuman yang berada di dalam serviks mengadakan invasi ke dalam saccus amnion dalam waktu 24 jam cairan amnion akan terinfeksi. Akibat dari infeksi cairan amnion maka akan terjadi infeksi pada ibu dan janin.

3. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadinya ketuban pecah dini adalah merembesnya cairan air ketuban melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus

diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, berak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi. (Sunarti, 2017).

Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan seperti air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. (Darma Sari, 2017).

Tanda dan gejala terjadinya infeksi ditandai dengan adanya demam 38°C dan minimal 2 dari kondisi berikut: takikardi pada ibu, takikardi pada janin, nyeri tekan uterus, cairan ketuban berbau busuk, atau darah ibu mengalami leukositosis. Ruang ketuban umumnya steril. Invasi mikroba dari rongga ketuban mengacu pada hasil kultural mikroorganisme cairan ketuban yang positif (Suwiyoga, 2004)

4. Patofisiologi

Menurut (Manuaba, 2009) mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dimulai dengan terjadinya pembukaan premature serviks, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang. Melemahnya daya tahan tubuh dipercepat

dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan.

Pecahnya ketuban pada saat persalinan secara umum disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan juga peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah pada bagian tertentu dikarenakan adanya perubahan biokimia, yang mengakibatkan berkurangnya keelastisan selaput ketuban, sehingga menjadi rapuh. Biasanya terjadi pada daerah inferior (Prawirohardjo, 2010)

Selaput ketuban yang tadinya sangat kuat pada kehamilan muda akan semakin menurun seiring bertambahnya usia kehamilan, dan puncaknya pada trimester ketiga. Selain yang telah disebutkan di atas, melemahnya kekuatan selaput ketuban juga sering dihubungkan dengan gerakan janin yang berlebihan. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis (Prawirohardjo, 2010). Setelah ketuban pecah maka kuman yang berada di dalam serviks mengadakan invasi ke dalam saccus amnion dalam waktu 24 jam cairan amnion akan terinfeksi. Akibat dari infeksi cairan amnion maka akan dapat terjadi infeksi pada ibu. Infeksi yang dapat ditimbulkan yaitu infeksi puerpuralis (nifas), peritonitis, septicemia dan dry-labor.

5. Penatalaksanaan

Menurut Sujiyanti, mulfidah, dan Hidayat (2009) ada 2 macam penatalaksanaan pada ketuban pecah dini pada umur kehamilan <37 minggu dan pada umur kehamilan >37 minggu. Penatalaksanaan ketuban pecah dini secara konservatif pada kehamilan < 37 minggu adalah dengan memberikan antibiotic profilaksis setiap 6 jam dan tidak dilakukan pemeriksaan dalam tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya infeksi. Selama melakukan

penatalaksanaan konservatif maka harus dilakukan pemantauan leukosit setiap hari, observasi tanda-tanda vital terutama temperature setiap 4 jam sekali, dan observasi denyut jantung janin. Jika selama pengelolaan konservatif pasien mengalami infeksi maka segera lakukan penatalaksanaan ketuban pecah dini secara aktif yaitu melakukan induksi tanpa melihat umur kehamilan. Jika induksi tidak berhasil maka dilakukan tindakan bedah sesar. Pemberian antibiotik pada kejadian ketuban pecah dini kurang dari 32 minggu yang mengalami infeksi dapat menurunkan angka kesakitan ibu dan neonates.

Penatalaksanaan pada kehamilan > 37 minggu, jarak antara pecahnya ketuban dengan permulaan persalinan disebut periode laten. Makin muda umur kehamilan maka makin lama periode laten. Menurut Sujiyantini, Muflidah, dan Hidayat (2009) sekitar 70-80 % kehamilan cukup bulan akan terjadi persalinan dalam waktu 24 jam. Jika dalam 24 jam belum berlangsung maka dilakukan penatalaksanaan aktif yaitu dengan induksi. Pada penatalaksanaan Ketuban pecah dini dengan kehamilan aterm juga diberikan antibiotik profilaksis yang diberikan setelah 6 jam ketuban pecah dini dengan pertimbangan bahwa kemungkinan infeksi telah terjadi dan biasanya proses persalinan berlangsung lebih dari 6 jam.

6. Komplikasi

Adapun pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin menurut (Sunarti, 2017) yaitu:

a. Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi *intrapartal*/ dalam persalinan. Infeksi *peurperalis*/ masa nifas, *dry labour*/

partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan *operatif obstetric* (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.

b. Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini yaitu prematuritas (sindrom distress pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikuler, enterocolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko *celebral palsy*, *hiperbillirubinemia*, anemia, sepsis, prolapse funiculi/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolapse uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, *celebral palsy* (perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, *hypoplasia paru*, deformitas ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Risiko Infeksi

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2017). Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pengkajian dilakukan sebelum mendapatkan data lengkap. Data ini di prioritaskan untuk menentukan kondisi ibu dan janin.

a. Identitas pasien

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam

medis (RM), tanggal masuk rumah sakit, (MRS), dan tanggal pengkajian, dan kaji identitas penanggung jawab atas pasien.

b. Data kesehatan

Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien, keluhan yang paling dirasakan pada pasien saat dilakukan pengkajian.

c. Riwayat obstetrik dan ginekologi

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, riwayat kehamilannya saat ini, dan riwayat keluarga berencana.

d. Riwayat penyakit

Mengkaji riwayat penyakit pada pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarga memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, atau diabetes melitus (DM).

e. Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada pernafasan, nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), gerak badan atau aktivitas, istirahat tidur, berpakaian, rasa nyaman (pasien merasakan adanya dorongan meneran, tekanan ke anus, perinium menonjol). Kebersihan diri, rasa aman, pola komunikasi atau hubungan pasien dengan orang lain, ibadah, produktivitas, rekreasi, kebutuhan belajar.

f. Pemeriksaan fisik

Mengkaji keadaan umum pasien terlebih dahulu seperti *Glasgow Coma Scale* (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik head to toe dari:

- 1) Kepala: pemeriksaan pada rambut, telinga, mata, mulut, dan leher. Apakah ada kelainan pada bagian tertentu, ada benjolan atau tidak, ada edema atau tidak.
- 2) Dada: pemeriksaan pada mammae, areola.
- 3) Abdomen: pemeriksaan Leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ).
- 4) Genitalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti vaginal toucher (VT), status portio, warna air ketuban.
- 5) Ekstremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises, dan sebagainya.

g. Data penunjang

Data penunjang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yaitu suatu penelitian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI SPP PPNI, 2017). Diagnosis yang ditegakkan dalam penelitian ini adalah risiko infeksi.

Tabel 1
Diagnosis Keperawatan dengan risiko infeksi

Masalah keperawatan	Risiko infeksi
Kategori	Lingkungan
Sub Kategori	Keamanan dan proteksi
Definisi	Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme pathogen
Faktor risiko	Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer
Kondisi klinis	Ketuban pecah sebelum waktunya

(Sumber: Tim Pokja SDKI SPP PPNI 2017, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

Dari tabel di atas rumusan diagnosis keperawatan adalah risiko infeksi dengan faktor ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien, ditentukan dan merencanakan intervensi keperawatan (Dermawan, 2012)

Tabel 2
Intervensi Asuhan Keperawatan pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini dalam mengatasi Risiko Infeksi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Risiko infeksi dengan faktor ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer dibuktikan	a. Kontrol Risiko Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi	a. Pencegahan Infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

dengan ketuban pecah sebelum waktunya	dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1) Kemampuan mencari informasi tentang factor risiko meningkat 2) Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat 3) Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat 4) Kemampuan berpartisipasi dalam skrining risiko meningkat	Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Perawatan persalinan risiko tinggi Observasi 1) Identifikasi kondisi umum pasien 2) Monitor tanda-tanda vital ibu 3) Monitor tanda-tanda persalinan 4) Monitor denyut jantung janin 5) Identifikasi posisi janin dengan USG 6) Identifikasi perdarahan pasca persalinan Terapeutik 1) Siapkan peralatan yang sesuai, termasuk monitor janin, <i>ultrasound</i> , mesin anestesi, persediaan resusitasi neonatal, <i>forceps</i> , dan penghangat bayi ekstra 2) Dukung orang terdekat mendampingi pasien 3) Gunakan tindakan pencegahan universal 4) Lakukan <i>perineal scrub</i> 5) Fasilitasi rotasi manual kepala janin dari oksiput posterior ke posisi anterior 6) Fasilitasi tindakan <i>forceps</i> atau ekstraksi vakum, jika perlu 7) Lakukan resusitasi neonatal, jika perlu 8) Fasilitasi ibu pulih dari anestesi, jika perlu 9) Motivasi interaksi orang tua dengan bayi baru lahir segera setelah persalinan 10) Dokumentasikan prosedur Edukasi 1) Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan 2) Jelaskan karakteristik bayi baru lahir yang terkait dengan kelahiran berisiko tinggi Kolaborasi 1) Kordinasi dengan tim untuk standby 2) Kolaborasi pemberian anestesi maternal, sesuai kebutuhan
	b. Status Intrapartum Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil: 1) Frekuensi kontraksi uterus membaik 2) Periode kontraksi uterus membaik 3) Intensitas kontraksi uterus membaik 4) Tekanan darah dalam rentang normal (100 – 140 mmHg)	

-
- 5) Frekuensi nadi dalam rentang normal (60 – 100 kali per menit)
 - 6) Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5 ° - 37,5 °)
-

(Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018
Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2006). Implementasi merupakan fase dimana perawat melaksanakan serta melakukan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan. Implementasi terdiri dari melakukan serta mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan dari keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan suatu intervensi. Perawat melakukan serta mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan cara mencatat tindakan keperawatan serta respon pasien terhadap tindakan yang telah diberikan (kozier, 2010)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (kozier, 2010). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu evaluasi yang menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi

sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah program selesai serta mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning). Komponen SOAP yaitu S (subjektif) merupakan dimana perawat menemukan keluhan ibu yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (objektif) yaitu data yang berdasarkan hasil pengukuran serta observasi perawat secara langsung pada ibu, A (assessment) yaitu interpretasi dari data subjektif dan objektif untuk menentukan tindak lanjut serta penentuan apakah implementasi yang diberikan akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik, P (planning) merupakan perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, serta ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. (kozier, 2010)

Tabel 3

Evaluasi asuhan keperawatan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini dalam mengatasi risiko infeksi

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
(1)	(2)	(3)
1.	Risiko infeksi dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	<p>S (Subjektif)</p> <p>Data yang dari respon pasien secara verbal</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>O (Objektif)</p> <p>Data yang diperoleh dari respon pasien secara nonverbal atau melalui pengamatan perawat</p> <p>a. Cairan ketuban tidak berbau busuk</p> <p>b. Kadar sel darah putih dalam batas normal</p> <p>A (Assessment)</p> <p>Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik.</p> <p>P (Planning)</p> <p>a. Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai</p>

b. Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien

(Sumber: R.Dinarti et al, Dokumentasi Keperawatan, 2013)