

BAB 4

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan pada tanggal 06 Juli 2014 didapatkan data subjektif (sebagai keluhan utama klien mengatakan perutnya sudah kenceng-kenceng tadi malam dan keluar cairan berwarna putih). Selain itu klien mengatakan khawatir dan cemas akan proses persalinannya. Dan selama di rumah sakit tidak bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari karena dianjurkan untuk beristirahat oleh dokter dan perawat. Data obyektif berupa keadaan umum lemah, cairan ketuban yang keluar dari vagina berwarna jernih tidak berbau ± 50 cc. Riwayat kehamilan klien G1P0000. Kenceng-kenceng (HIS) 3.10.40x/menit. Ukuran kehamilan 38 minggu TD: 110/70 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 37°C, RR: 22x/menit. Pada pemeriksaan di lakukan tanggal 06 Juli 2014 pukul 10.00 WIB di temukan hasil 10 jari (2 jari), klien tampak cemas, gelisah, khawatir dan sering bertanya kepada petugas kesehatan tentang keadaan, kehamilannya dan menanyakan kapan melahirkan, klien tampak lemas, klien berbaring di tempat tidur.

Faktor yang berhubungan dengan meningkatnya insidensi ketuban pecah dini antara lain fisiologi selaput amnion yang abnormal, kehamilan ganda, distensi uteri, stres maternal, stres fetal (Fadlun, 2011). Stres dapat menyebabkan kelahiran bayi prematur, ketuban pecah dini, berat badan bayi di bawah rata-rata, hiperaktif dan mudah marah (Janiwarti, 2013). Adapun komplikasi ketuban pecah dini antara lain infeksi sampai dengan sepsis, peritonitis (khusus yang dilakukan

pembedahan), kematian janin (jika terjadi sepsis), dan raktur uteri akibat ketuban habis (Chrisdiono, 2004).

Jika membandingkan teori dan kasus, klien dengan Ketuban Pecah Dini mengatakan perutnya sudah kenceng-kenceng tadi malam dan keluar cairan berwarna putih karena klien merasa stres mendekati hari persalinannya dan belum mempunyai pengalaman melahirkan. Stres inilah yang memicu Ketuban Pecah Dini. Stres juga bisa menyebabkan kecemasan pada klien karena stres memicu peningkatan hormon adrenalin, norepinephrine, kortisol sehingga menyebabkan ketuban pecah dini.

Dari hasil pengkajian didapatkan tiga diagnosa yaitu: resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini, cemas berhubungan dengan proses persalinan di tandai dengan klien mengatakan tampak cemas, gelisah dan khawatir. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring. Dari tiga diagnosa tersebut yang menjadi prioritas utama adalah resiko infeksi karena bisa menyebabkan kematian dan kecacatan pada janin.

Syarat mengangkat diagnosa pertama adalah berdasarkan tingkat kegawatan penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan atau mengancam jiwa dan kebutuhan maslow (Carpenito, 2009). Penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan dilatarbelakangi dari prinsip pertolongan pertama. Sedangkan berdasarkan kebutuhan Maslow, prioritas diagnosa didasarkan pada urutan kebutuhan dasar manusia diantaranya, kebutuhan fisiologis, kebutuhan keamanan keselamatan, kebutuhan mencintai dicintai, kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

Jika membandingkan teori dan kasus peneliti menjadikan resiko infeksi sebagai diagnosa utama karena bisa menyebabkan kematian dan kecacatan pada janin.

Untuk mengatasi diagnosa resiko infeksi peneliti membuat intervensi, bina hubungan saling percaya melalui komunikasi therapeutik, kaji terhadap tanda gejala infeksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna raba vagina), berikan lingkungan yang nyaman untuk klien, tinjau ulang kondisi/faktor risiko yang ada sebelumnya. Catat waktu pecah ketuban, berikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah dan kolaborasi pemberian antibiotik. Untuk diagnosa cemas peneliti membuat intervensi yaitu, pantau keadaan umum klien, berikan lingkungan yang nyaman untuk klien, anjurkan pasien mengungkapkan perasaannya, berikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi kecemasan klien. Untuk diagnosa intoleransi aktivitas peneliti membuat intervensi yaitu, kaji respon klien terhadap aktivitas, anjurkan klien untuk istirahat, bantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.

Pada dasarnya intervensi klien dengan ketuban pecah dini berupa melakukan pemeriksaan vagina awal, ulangi bila pola kontraksi atau perilaku ibu menandakan kemajuan, anjurkan perawatan perineum setelah eliminasi setiap 4 jam dan sesuai indikasi, pantau dan gambarkan karakter cairan amniotic, pantau suhu, nadi, pernapasan, dan sel darah putih sesuai indikasi, bedrest dan kolaborasi pemberian antibiotik (Sofie, 2012).

Pada perencanaan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Rencana tindakan berdasarkan tinjauan kasus pada diagnosa Resiko tinggi

infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. Dalam penulisan rencana tindakan penulis tidak mengacu pada rencana tindakan di tinjauan pustaka tapi penulis menambahkan 7 rencana tindakan: bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik, kaji terhadap tanda gejala infeksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna raba vagina), berikan lingkungan yang nyaman untuk klien, tinjau ulang kondisi/faktor risiko yang ada sebelumnya. Catat waktu pecah ketuban, berikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah, observasi TTV, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat.

Pada tanggal 06 Juli 2014 peneliti melakukan implementasi observasi tanda gejala infeksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna raba vagina), berikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah, observasi TTV, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik cefotaxime 2x1 gram, menganjurkan klien mengungkapkan perasaannya, memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi kecemasan klien dengan cara berdo'a dan menganjurkan klien untuk beristirahat.

Pada tanggal 07 Juli 2014 peneliti melakukan implementasi observasi tanda gejala infeksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna raba vagina), berikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah, observasi TTV, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik cefotaxime 2x1 gram, beristirahat, memberikan informasi tentang keadaan klien, dan memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi kecemasan klien.

Pada tanggal 08 Juli 2014 peneliti melakukan implementasi observasi TTV dan mengajarkan mobilisasi bertahap.

Implementasi KPD Dengan Kehamilan Aterm (Aktif) berupa, memberikan antibiotik dosis tinggi, melakukan observasi suhu rectal, jika tidak meningkat maka ditunggu 24 jam, sampai ada tanda-tanda persalinan. Bila 24 jam belum ada tanda-tanda persalinan, dilakukan terminasi, melakukan terminasi kehamilan apabila ketuban sudah pecah lebih dari 24 jam, dan tidak ada tanda-tanda persalinan (Joseph, 2010).

Jika membandingkan teori dan kasus, peneliti tidak sampai berkolaborasi untuk melakukan terminasi kehamilan walaupun sudah pecah lebih dari 24 jam karena ada tanda-tanda pembukaan dan persalinan. Peneliti tetap berkolaborasi untuk tetap memberikan antibiotik berupa cefotaxime 2x1 gram. Sedangkan untuk tindakan mandiri peneliti melakukan observasi TTV, observasi tanda gejala infeksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna rabas vagina), berikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah, serta menganjurkan untuk bedrest supaya ketuban yang keluar tidak semakin banyak.

Evaluasi pada tanggal 06 Juli 2014 klien mengatakan masih ada keluar cairan dari pervagina tapi tidak begitu banyak, klien mengatakan tidak takut dan tidak cemas untuk melahirkan, klien mengatakan selama di rumah sakit tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Data objektif warna cairan jernih dan tidak berbau. UK: 38 minggu, TFU: 32 cm, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22x/menit, banyak cairan \pm 50 cc, wajah tampak tenang, klien sudah

tidak bertanya kepada perawat kapan akan melahirkan, klien tampak lemas, klien berbaring di tempat tidur. Evaluasi pada tanggal 07 Juli 2014 klien mengatakan sudah melahirkan hari senin tanggal 07-07-2014 pukul 11.15 WIB, secara normal, klien mengatakan rasa cemas berkurang, klien mengatakan selama di rumah sakit tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Data obyektif keadaan umum baik, bayi berjenis kelamin laki-kali, berat badan 2800 gram, panjang badan 45 cm, UK: 38 minggu, TFU: 32 cm, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22x/menit, wajah tampak tenang, klien tampak lemas, klien berbaring di tempat tidur. Pada tanggal 08 Juli evaluasi klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri. Data objektif klien sudah nampak duduk di tempat tidur, berjalan dibantu.

Evaluasi yang paling utama pada klien ketuban pecah dini tidak terjadi demam, cairan amnion tidak keruh dan berbau, tidak terjadi peningkatan sel darah putih pada ibu (Fadlun, 2011).

Jika membandingkan teori dan kasus, setelah dilakukan tindakan keperawatan, diagnosa utama resiko infeksi teratasi karena didasarkan data pada tanggal 07 Juli 2014 suhu klien 37°C, cairan amnion berhenti keluar, leukosit 9.700/ul (normal 4.500-11.000/ul). Sedangkan untuk diagnosa cemas teratasi pada tanggal 07 Juli 2014 karena klien melahirkan pada tanggal 07 Juli 2014 jam 11.15 sambil terus berdo'a sebelum proses mengejan dan diagnosa intoleransi aktifitas teratasi pada tanggal 08 Juli 2014 karena klien sudah mampu duduk mandiri.