

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Tinjauan teori medis

2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal, dan menyebabkan infeksi ibu (Sarwono 2013).

2.1.2 Etiologi/ faktor predisposisi

Walaupun banyak publikasi tentang KPD, namun penyebabnya masih belum di ketahui dan tidak dapat di tentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD. Namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit di ketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah:

1. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalians, curetage). Tekanan intra uterian yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gemeli. Trauma oleh beberapa ahli disepakati sebagai beberapa faktor predisposisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun

amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.

2. Keadaan sosial ekonomi faktor lain.

- a. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
- c. Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
- d. Defisiensi gizi dari tembaga atau asaman askorbat (vitamin c).

Pada sebagian kasus, penyebabnya belum di temukan. Faktor yang disebutkan memiliki kaitan dengan KPD yaitu riwayat kehamilan premature, merokok, dan perdarahan selama kehamilan. Beberapa faktor resiko dari KPD, antara lain:

- a. Inkompetensi serviks (leher rahim).
- b. Polihidramnion (cairan ketuban berlebih).
- c. Riwayat KPD sebelumnya.
- d. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban.
- e. Kehamilan kembar
- f. Trauma
- g. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25 mm) pada usia kehamilan 23 minggu.
- h. Infeksi pada kehamilan seperti bakteri vaginosis.(nita dan mustika 2013)

2.1.3 Fisiologi/ patofisiologi

Ketuban pecah dini biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membrane atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari ketuban pecah dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.

Menurut Taylor dkk. Terjadinya ketuban pecah dini ternyata ada hubungannya dengan hal-hal berikut:

- a. Adanya hipermotilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah. Penyakit- penyakit seperti pielonefritis, sistitis, servitis dan vaginitis.
- b. Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban)
- c. Infeksi (amnionitis atau korioamnionitis)
- d. Faktor lain yang merupakan predisposisi ialah multipara, malposisi, disproporsi, servix incompeten dan lain-lain
- e. Ketuban pecah dini artificial (amniotomi), diman ketuban di pecahkan terlalu dini. (Nita dan Mustika 2013)

2.1.4 Tanda dan gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus di produksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumabat” kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin

bertambah cepat merupakan tanda- tanda infeksi yang terjadi (Nita dan Mustika 2013)

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

1. pemeriksaan laboratorium

cairan yang keluar dari vagian perlu di perikasa : warna konsentrasi, bau dan ph nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urin atau secret vagina. Secret vagina ibu hamil ph:4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetapi kuning. 1.a. tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). Ph air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. 1.b.mikroskopis (tes pakis) dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan di biarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan daun pakis.

2. pemeriksaan ultrasonografi (USG)

pemeriksaan ini di maksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion. Walaupun penedekatan diagnonis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Nita dan Mustika 2013)

2.1.6 Penatalaksanaan medis

1. Kaji suhu dan denyut nadi setiap 2 jam. Kenaikan suhu seringkali di dahului kondisi ibu yang menggil.

2. Lakukan pemantauan DJJ. Pemeriksaan DJJ setiap jam sebelum awitan persalinan adalah tindakan yang adekuat sepanjang DJJ dalam batas normal. Pemantauan DJJ ketat dengan alat pemantau janin elektronik secara kontinu dilakukan selama induksi. Takikardi dapat mengindikasikan infeksi intra uteri.
3. Hindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu.
4. Ketika melakukan pemeriksaan dalam yang benar-benar diperlukan, harus benar-benar memperhatikan: apakah dinding vagina terasa lebih hangat dari biasa, bau dan warna rabas atau cairan di sarung tangan.
5. Beri perhatian lebih seksama terhadap hidrasi agar dapat diperoleh gambaran jelas dari setiap infeksi yang timbul. Seringkali terjadi peningkatan suhu tubuh akibat dehidrasi. (Varney 2008)

2.2 Konsep resiko infeksi

2.2.1 Definisi.

Resiko infeksi merupakan beresiko terhadap invasi organism patogen.

2.2.2 Faktor resiko.

1. Penyakit kronis
2. Penekanan system imun
3. Ketidakadekuatan imunitas dapatan
4. Pertahanan primer tidak adekuat (mis, kulit luka, trauma jaringan, penurunan kerja silia, stasis cairan tubuh, perubahan PH sekresi, dan gangguan peristalsis)
5. Pertahanan lapisan kedua yang tidak memadai (mis., hemoglobin turun, leucopenia dan supresi respons inflamasi)

6. Peningkatan pemanjaan lingkungan terhadap patogen
7. Pengetahuan yang kurang untuk menghindari pajanana patogen
8. Prosedur invasive
9. Malnutrisi
10. Agens farmasi
11. Pecah ketuban
12. Kerusakan jaringan
13. trauma

2.3 Konsep asuhan keperawatan.

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan di ketahui berbagai masalah yang ada.pengkajian juga harus di lakukan dengan teliti karena dengan pengkajian dapat menentukan diagnosa. (A.Aziz dan Musrifatul 2012)

2.3.2 Diagnosia

Merupakan dimana terjadi proses pengambilan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

2.3.3 Intervensi

Merupakan suatu proses menyusun berbagai perencanaan keperawatan yang di butuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat di laksanakan dengan berbagai kegiatan atau

tahap di antaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan, dan penentuan rencana tindakan (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

2.3.4 Implementasi

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Jenis tindakan keperawatan mandiri atau dikenal dengan tindakan independent, dan tindakan kolaborasi atau dikenal dengan tindakan interdependent (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (A.Aziz dan Musrifatul 2012)

2.4 Tinjauan penerapan asuhan keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Riwayat

- a. Jumlah cairan yang hilang: pecahnya ketuban awalnya menyebabkan semburan cairan yang besar diikuti keluarnya cairan yang terus menerus. Namun pada beberapa kondisi pecah ketuban, satu satunya gejala yang di perhatikan wanita adalah keluarnya sedikit cairan yang terus menerus (jernih, keruh, kuning, atau hijau) dan perasaan basah pada celana dalamnya.

- b. Ketidak mampuan mengendalikan kebocoran dengan latihan kegel: membedakan PROM dari inkontinensia urine.
 - c. Waktu terjadi pecah ketuban.
 - d. Warna cairan: cairan amnion dapat jernih atau keruh, jika bercampur mekonium, cairan akan berwarna kuning atau hijau.
 - e. Bau cairan: cairan amnion memiliki bau apek yang khas, yang membedakannya dari urine.
 - f. Hubungan seksual terakhir: semen yang keluar dari vagina akan diartikan sebagai cairan amnion.
2. Pemeriksaan fisik: lakukan palpasi abdomen untuk menentukan volume cairan amnion. Apabila pecah ketuban telah pasti, terdapat kemungkinan mendeteksi berkurangnya cairan karena terdapat peningkatan molaseuteus dan dinding abdomen disekitar janin dan penurunan kemungkinan balotemen dibandingkan dengan temuan pada pemeriksaan sebelum pecah ketuban. Ketuban yang pecah tidak menyebabkan perubahan seperti ini dalam temuan abdomen.
3. Pemeriksaan speculum steril
- a. Inspeksi keberadaan tanda –tanda cairan di genetalia eksternal.
 - b. Lihat serviks untuk mengetahui aliran cairan dari orifisium.
 - c. Lihat adanya genangan cairan amnion diforniks vagina.
 - d. Jika anda tidak melihat ada cairan, minta wanita mengejan (perasat valsava). Secara bergantian, beri tekanan pada fundus perlahan lahan atau naikkan perlahan dalam bagian peresentasi pada abdomen untuk

memungkinkan cairan melewati bagian presentase pada kasus kebocoran berat sehingga anda dapat mengamati kebocoran cairan.

- e. Observasi cairan yang keluar untuk melihat lanugo atau verniks kaseosa jika usia kehamilan lebih dariminggu ke 32.
 - f. Visualisasai serviks untuk menentkan dilatasi jika pemeriksaan dalam tidak akan di lakukan
 - g. Visualisasai serviks untuk mendeteksi prolapas tali pusat untuk ekstrmitas janin.
4. Uji labolatorium
- a. Uji pakis positif: pemakisan (ferning), juga disebut percabangan halus (arborazotion), pada kaca objektif (slide) mikroskop yang di sebabkan keberadaan natrium klorida dan protein dalam cairan amnion. selama pemeriksaan speculum steril, gunakan lidi kapas steril untuk mengumpulkan specimen, baik cairan dari forniks vagina posterior maupun cairan yang keluar dari orifisium serviks, tetapi hati hati agar tidak menyentuh atau masuk ke orifisium karena lendir serviks juga berbebtuk pakis, walaupun dengan pola yang sedikit berbeda. Apus specimen pada kaca objek mikroskop dan biarkan seluruhnya kering minimal selam 10 menit. Lihat kaca objek di bawah mikroskop untuk periksa pola pakis.
 - b. Uji kertas nitrazin positif : kertas berwarna mustard- emas yang sensitive terhadap ph ini akan berubah warna jadi biru gelap jika kontak dengan bahan dan sifat basa. Nilai ph vagina normal adalah kurang lebih 4,5. Selam kehamilan, peningkatan jumlah sekresi vagina akibat eksfolasi epithelium dan bakteri, sebagian besar lactobacillus, yang menyebabkan

ph vagina lebih asam. Cairan amnion memiliki ph 7,0 sampai 7,5 (letakkan sehelai kertas nitrazin pada lebih sekulum dari vagina)

Uji pakis lebih dapat di percaya dari pada uji kertas nitrazin. Ini karena sejumlah bahan selain cairan amnion memiliki ph yang lebih alkali, termasuk lendir serviks, raba vagina akibat vagnosis bacterial atau infeksi trikomnas, darah, urine, semen dan bubuk sarung tangan. Oleh sebab itu, specimen yang diambil langsung dari orifisium serviks dan kemudian diapus pada kertss nitrazin dapat mengakibatkan perubahan warna yang posif-palsu.

Ultrasonografi untuk pemeriksaan oligohidranion dapat sangat membantu jika pemeriksaan sebelumnya tidak memberikan gambaran yang jelas pecahnya ketuban. Namun, penyebab lain oligohidranion harus disingkirkan dan anda perlu ingat bahwa wanita dapat mengalami pecah ketuban dan masih memiliki jumlah cairan anion yang normal, terutama jika ketuban hanya mengalami kebocoran. (Varney 2008)

2.4.2 Diagnosis keperawatan

1. Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.

2.4.3 Intervensi

Diagnosa Keperawatan

Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang dari 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat terkontrol

Kriteria Hasil :

- a. klien bebas dari tanda dan gejala infeksi (dolor, kolor, tumor, rubor, fungsio lsea)
- b. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- c. jumlah leukosit dalam batas normal
- d. menunjukkan perilaku hidup sehat

NIC

1. Observasi tanda dan gejala infeksi (dolor, kolor, tumor, rubor, fungsio lasea)
Rasional: mengetahui adanya infeksi dengan adanya tanda dan gejala infeksi.
2. Observasi tanda- tanda vital (TD, RR, suhu, nadi)
Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien.
3. Observasi rabas vagina (bau, warna)
Rasional: untuk mengetahui adanya bakteri,jamur atau firus yan mengakibatkan resiko infeksi
4. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi.
Rasional: memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi
5. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana cara menghindar infeksi (kurangi pengunjung).
Rasional: memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga untuk mengetahui bagaimana cara menghindar infeksi

2.4.4 Implementasi

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Jenis tindakan keperawatan mandiri atau dikenal dengan tindakan independent, dan tindakan kolaborasi atau dikenal dengan tindakan interdependent (A.Aziz dan Musrifatul 2012)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan menggunakan catatan perkembangan dalam metode sebagai berikut :

S : Subjektif (keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan)

O : Objektif (hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan)

A : Assesment (merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif)

P : Planning (perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya) .