

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Definisi

- a. Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya adalah keluarnya cairan dari jalan lahir / vagina sebelum proses persalinan. (Khumaira, 2012).
- b. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu (Manuaba,2008). Waktu sejak pecahnya ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut “kejadian ketuban pecah dini” (periode laten) atau disebut *Erly Rupture of Membrane* (Manuaba, 2008)
- c. Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban sebelum usia kehamilan 37 minggu atau disebut juga *Preterm Prematur Rupture of Membrane* (PPROM). KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi 12 jam sebelum waktunya melahirkan. (nugroho,2012)
- d. Ketuban pecah dini yaitu pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primigravida.< 3 cm dan multigravida < 5 cm (Prawirohardjo, 2008)

2.1.2 Insiden

Frekuensi ketuban pecah dini pada kehamilan cukup bulan (PROM) sebanyak 6 – 19% kehamilan, sedangkan pada kehamilan premature (PPROM) sebanyak 1 – 2% kehamilan (Khumaira, 2012)

2.1.3 Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah :

1. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban biasa menyebabkan terjadinya KPD (Nugroho, 2012). Keputihan selama kehamilan yang disebabkan karena vaginosis bacterial menyebabkan perubahan dalam keseimbangan bakteri maupun kadar (pH) dalam vagina yang bisa mempengaruhi warna, bau, dan juga tekstur dari keputihan. Jika hal ini terjadi pada masa kehamilan, infeksi ini dapat menyebabkan ketuban pecah dini (Hidayat, 2009).
2. Serviks yang *inkompetensia*, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage) (Nugroho, 2012)
3. Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*) misalnya :
 - (a) Trauma, misalnya hubungan seksual (frekuensi lebih dari 3 kali dalam seminggu dengan penetrasi penis yang sangat dalam), pemeriksaan dalam, maupun *amniosintesis* menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi (Nugroho, 2012).

(b) Gemelli. Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, yang disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon yang menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Varney, 2008)

(c) Makrosomia.

Makrosomia adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membran menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah (Winkjosastro, 2009).

(d) Hidramnion

Hidramnion atau polihidramnion adalah jumlah cairan amnion >2000 mL. Uterus dapat mengandung cairan dalam jumlah yang sangat banyak. Hidramnion kronis adalah peningkatan jumlah cairan amnion terjadi secara berangsur-angsur. Hidramnion akut, volume tersebut meningkat tiba-tiba dan uterus akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja (Winkjosastro, 2009)

4. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi terhadap membrane bagian bawah (Nugroho, 2012)
5. Keadaan sosial ekonomi. Kondisi sosial ekonomi rendah yang berhubungan dengan rendahnya kualitas perawatan antenatal (Nell, 2013).
6. Usia ibu yang ≤ 20 tahun, termasuk usia yang terlalu muda dengan keadaan uterus yang kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan mengalami ketuban pecah dini. Sedangkan ibu dengan usia ≥ 35 tahun tergolong usia yang terlalu tua untuk melahirkan khususnya pada ibu primi (tua) dan beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini (Nugroho, 2010).
7. Kadar CRH (*corticotropin releasing hormone*) maternal tinggi misalnya pada stress psikologis, pola istirahat yang kurang, dapat menjadi stimulasi persalinan preterm. (Yulianti, 2010)
8. Riwayat KPD sebelumnya
9. Riwayat persalinan preterm sebelumnya
10. 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) Factor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum.

- (d) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin C)
(Nugroho,2012)
- (e) 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
(Marmi, 2012).
- (f) Beban kerja yang berat. Lama kerja melebihi 3 jam per hari dapat menyebabkan KPD. Karena beban kerja yang berat dapat meningkatkan produksi hormone prostaglandin serta menimbulkan perubahan serviks dan uterus yang berakibat meningkatkan terjadinya ketuban pecah dini. (Notoadmodjo, 2012)

2.1.4 Patofisiologi

Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi; bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Manuaba, 2010).

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut :

- a. Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi.
- b. Bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ktuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.

- c. *Ascending infection*, pecahnya ketuban menyebabkan ada hubungan langsung antara ruang intraamnion dengan dunia luar.
- d. Infeksi intraamnion bisa terjadi langsung pada ruang amnion, atau dengan penjararan infeksi melalui dinding uterus, selaput janin, kemudian ke ruang intraamnion.
- e. Mungkin juga jika ibu mengalami infeksi sistemik, infeksi intrauterin menjalar melalui plasenta (sirkulasi fetomaternal).
- f. Tindakan hygiene buruk, misalnya pemeriksaan dalam yang terlalu sering.

(Maryunani, 2013)

2.1.5 Tanda dan gejala

- a) Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- b) Aroma air ketuban berbau khas dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes dengan ciri pucat dan bergaris warn darah.
- c) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila sedang duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah bisa mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.
- d) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

(Nugroho, 2012)

2.1.6 Diagnosa

Menegakkan diagnosa KPD secara tepat sangat penting. Karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnosa yang negatif palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan ibu dan janin. Oleh karena itu diperlukan diagnosa yang cepat dan tepat.

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara :

1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.

2. Inspeksi

Pengamatan dengan kasat mata akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

3. Pemeriksaan dengan spekulum

Pemeriksaan dengan spekulum dengan KPD tampak keluar cairan dari orivisium uteri eksternum (OUE) , jika belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan dan pendrita diminta batuk, mengejan atau bagian terendah digoyangkan maka akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

4. Pemeriksaan dalam

Di dalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu dilakukan pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen.

Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan jika KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

(Norma, 2013)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan Ph 4-5 dengan kertas lakmus tidak berubah warna, tetap kuning

- a) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban
- b) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

2. Pemeriksaan ultrasonografi

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kesus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit.

Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak, namun pada umumnya KPD KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana.

(Nugroho, 2012)

2.1.8 Komplikasi

Adapun pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah :

A. *Prognosis ibu*

(a) Infeksi dalam persalinan

Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah maka bisa menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.

(b) Infeksi masa nifas

(c) Partus lama/dry labour

(d) Perdarahan post partum

(e) Meningkatkan tindakan operatif obstetric (khususnya SC)

(f) Morbiditas dan mortalitas maternal.

B. *Prognosis Janin*

(a) Prematuritas

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature diantaranya adalah *respiratory distress syndrome, hypothermia, neonatal feeding problem, retinopathy of prematurity, intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, brain disorder (and risk of cerebral palsy), hyperbilirubinemia, anemia, dan sepsis*

(b) Morbiditas dan mortalitas perinatal

(c) Prolaps funiculli/penurunan tali pusat

Tali pusat yang teraba keluar atau berada di samping dan melewati bagian terendah janin di dalam jalan lahir, tali pusat dapat prolaps ke dalam vagina atau bahkan di luar vagina setelah ketuban pecah (Referat Obstetry dan Ginecology.2009)

(d) Gawat janin : Hipoksia dan Asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi). Mengakibatkan kompresi tali pusat, *prolaps uteri, dry labour/partus lama, apgar score rendah, ensefalopaty, cerebral palsy, perdarahan intracranial, renal failure, respiratory distress*. Jumlah air ketuban yang semakin sedikit menyebabkan gawat janin.

(e) Sindrom deformitas janin

Terjadi akibat oligohidramnion. Diantaranya terjadi hipoplasia paru, deformitas ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat .

(Khumira, 2012)

2.1.9 Masalah Psikologis Pada Ibu dengan Ketuban Pecah Dini

Ibu primipara yang mengalami ketuban pecah dini berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk cemas akan kehamilan (Healtcare, 2011).

Ibu multipara, tetap akan mengalami ansietas tentang kelahirannya. Cemas dapat menakutkan atau bahkan melemahkan. Rasa takut normal ibu bersalin meliputi tentang kematian, nyeri, rasa sakit, rasa malu, takut bayi tidak lahir (Walsh, 2007).

2.1.10 Penatalaksanaan

Observasi suhu rectal tiap 3 jam ($<37,6^{\circ}\text{C}$, jika $>37,6^{\circ}\text{C}$ dilakukan terminasi) (Paraton, dkk, 2008). Takikardi janin dan ibu yang dipertimbangkan (nadi ibu $> 100\text{x/mnt}$, DJJ $> 160\text{x/mnt}$). evaluasi DJJ secara sering dan palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan uterus (salah satu tanda gejala dari korioamnionitis) (Tharpe, Farley, 2012).

Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG. Tiga kemungkinan tindakan yang dapat dilakukan pada ketuban pecah dini yaitu :

1. Konservatif

Tata laksana konservatif antara lain :

- a. Tirah baring untuk mengurangi keluarnya air ketuban sehingga masa kehamilan dapat diperpanjang.
- b. Tirah baring dapat dikombinasikan dengan pemberian antibiotik sehingga dapat menghindari infeksi.
- c. Antibiotik yang dianjurkan adalah
 - (a) Ampisilin, untuk infeksi streptokokus beta
 - (b) Eritrosin dosis tinggi, untuk chlamidia trachomatis, ureoplasma, dan lainnya
 - (c) Bahaya menunggu terlalu lama adalah kemungkinan infeksi semakin meningkat sehingga terpaksa harus dilakukan terminasi.

(Manuaba, 2007)

- d. Rawat di Rumah sakit dengan tirah baring
- e. Berikan antibiotika : bila ketuban pecah > 6 jam berupa ampisilin $4\text{x}500$ mg atau gentamycin $1\text{x}80$ mg

- f. Jika usia kehamilan < 32-34 minggu, dirawat sampai air ketuban tidak keluar lagi
- g. Usia kehamilan 32-34 minggu berikan deksametason dan steroid untuk memacu kematangan paru janin. Dosis deksametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.
- h. Jika usia kehamilan 32- 37 minggu belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif : beri dexamethason, observasi tanda-tanda infeksi dan pantau kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- i. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan takolitik (salbutamol) dexamethason dan induksi sesudah 24 jam.
- j. Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi. Nilai tanda- tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda intrauterin).

(lisnawati, 2011)

2. Tata laksanaan aktif

- a. Tirah baring
- b. Berikan Antibiotik bila ketuban pecah > 6 jam
- c. Usia kehamilan di atas 37 minggu

Induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Cara induksi : 1 ampul sytocino dalam dektrose 5 % dimulai 4

tetes/ menit, tiap 15 menit dinaikkan 4 tetes sampai maksimum 40 tetes/ menit (Nugroho, 2012)

d. Bila ada tanda- tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri :

(a) Bila skor pelvik < 5 lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesarea.

(b) Bila skor pelvik > 5 , induksi persalinan, partus pervaginam.

(Lisnawati, 2011)

e. Pada CPD, letak lintang lakukan SC (Nugroho, 2012)

3. Tindakan agresif

Tindakan agresif dilakukan jika ada indikasi vital sehingga tidak dapat ditunda karena mengancam kehidupan janin atau maternal. Indikasi vital yang dimaksudkan yaitu:

(a) Infeksi intrauteri.

(b) Solusio plasenta.

(c) Gawat janin.

(d) Prolaps tali pusat.

(e) Evaluasi detak jantung janin KTG menunjukkan hasil gawat janin.

(f) BB janin cukup viabel untuk dapat beradaptasi di luar kandungan.

(Manuaba, 2007)

Tabel 2.1 Penatalaksanaan ketuban pecah dini.

KETUBAN PECAH			
< 37 MINGGU		> 37 MINGGU	
Infeksi	Tidak ada infeksi	Infeksi	Tidak ada infeksi
Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol Lahirkan bayi	Amoksisilin + eritrimisin untuk 7 hari Steroid untuk pematangan paru	Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol Lahirkan bayi	Lahirkan bayi berikan penisilin atau ampisilin
ANTIBIOTIK SETELAH PERSALINAN			
Profilaksis	Infeksi		Tidak ada infeksi
Stop antibiotik	Lanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas		Tidak perlu antibiotik

(Saifuddin, 2006)

2.1.11 Peran bidan terhadap ketuban pecah dini

Bidan sebagai tenaga medis terlatih yang ditempatkan di tengah masyarakat seyogyanya bertindak konservatif artinya tidak terlalu banyak melakukan intervensi. Dengan akibat tingginya angka kesakitan dan kematian ibu/bayi-janin, maka sikap yang paling penting adalah melakukan rujukan sehingga penanganan KPD mendapat tindakan yang tepat.

Setelah mendapatkan penanganan sebagaimana mestinya bidan dapat melakukan pengawasan setelah tindakan dan disertai adanya laporan atau pendokumentasian (Artiya softiyanti, Kamis 6 Juni 2013)

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Management Hellen Varney

1. Pengertian Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan dan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi dan dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

2. Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney

(1) Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid

(2) Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

(3) Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

(4) Langkah IV : Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

(5) Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis.

(6) Langkah VI : pelaksanaan langsung dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan

ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

(7) Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah (Saminem, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Ketuban Pecah Dini

2.3.1 Pengumpulan data dasar

1. Data subyektif

1. Identitas meliputi

a) Usia : usia < 20 tahun dan > 35 tahun beresiko mengalami KPD
(Nugroho,2010)

b) Pekerjaan : Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan dapat mengakibatkan ketuban pecah dini (Notoadmodjo, 2012)

2. Keluhan utama

Keluarnya cairan secara merembes, aroma berbau khas, tidak ada pengeluaran darah dan lendir, (Nugroho, 2012)

3. Riwayat obstetrik yang lalu

(a) Ibu yang telah melahirkan beberapa kali lebih beresiko mengalami ketuban pecah dini

(b) Riwayat persalinan dengan ketuban pecah dini maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko mengalaminya kembali

(c) Kuretase menyebabkan servik incompeten yang merupakan faktor penyebab ketuban pecah dini

(Nugroho, 2012)

4. Riwayat kehamilan sekarang

Wanita dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini (Varney, 2008)

a) Keluhan pada tiap trimester

Pada trimester II : keputihan selama kehamilan yang disebabkan karena vaginosis bacterial menyebabkan perubahan dalam keseimbangan bakteri maupun kadar (pH) dalam vagina yang bisa mempengaruhi warna, bau, dan juga tekstur dari keputihan. Jika hal ini terjadi pada masa kehamilan, infeksi ini dapat menyebabkan ketuban pecah dini (Hidayat, 2009)

b) Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir.

Volume air ketuban yang semakin sedikit berpengaruh terhadap gerak janin sehingga mengakibatkan gawat janin (Khumaira, 2012)

5. Pola fungsi kesehatan

- a) Pola nutrisi : Jika kekurangan vitamin C cenderung mengalami ketuban pecah dini. (Nugroho, 2012)
- b) Pola istirahat : Jika pola istirahat ibu tidak teratur maka keadaan psikologis ibu sedikit terganggu sehingga dapat mempengaruhi kadar CRH (Corticotrophin releasing hormone) (Nugroho, 2012)
- c) Pola aktifitas : beban kerja yang berat dapat meningkatkan terjadinya ketuban pecah dini (Notoadmodjo, 2012)
- d) Pola seksual : Frekuensi koitus pada kehamilan trimester ketiga yang lebih dari tiga kali seminggu diyakini berperan pada terjadinya KPD (Nugroho, 2012)

e) Pola persepsi : Mempunyai riwayat merokok juga dapat merupakan faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini (Marmi, 2012)

6. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Riwayat kehamilan ganda atau gemeli merupakan faktor penyebab terjadinya ketuban pecah dini (Varney, 2008)

7. Riwayat psikososiospiritual

Riwayat emosional : stres psikologis merupakan faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini (Yulianti, 2010). Ibu primipara maupun multipara yang mengalami KPD berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk kecemasan akan kehamilan (Healthcare, 2011).

2. Data obyektif

1. Pemeriksaan umum

Observasi suhu rectal tiap 3 jam ($<37,6^{\circ}\text{C}$, jika $>37,6^{\circ}\text{C}$ dilakukan terminasi) peningkatan suhu menandakan adanya infeksi (Paraton, dkk, 2008). Takikardi janin dan ibu yang dipertimbangkan (nadi ibu $>100\text{x/mnt}$, DJJ $>160\text{x/mnt}$) (Tharpe, Farley, 2012).

2. Pemeriksaan fisik

a. Abdomen : palpasi janin semakin jelas teraba karena volume cairan ketuban berkurang. Adanya nyeri tekan uterus (salah satu tanda gejala dari korioamnionitis) (Tharpe, Farley, 2012).

- b. TBJ : berat badan neonatus >4000 gram dapat menyebabkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Winkjosastro, 2009)
- c. Genetalia : pengeluaran cairan secara merembes yang berbau amis, belum mengeluarkan lendir bercampur darah, (Nugroho, 2012)

3. Pemeriksaan dalam

- (a) Vulva vagina : terdapat cairan yang mrembes dari vagina
- (b) Spina ischiadika : menonjol dan teraba linea iniminata (tanda adanya CPD) yang merupakan faktor predisposisi ketuban pecah dini
- (c) Pembukaan : < 3 cm pada primi dan < 5 cm pada multi
- (d) Penipisan : 1-100%
- (e) Ketuban : merembes atau negative. Warna air ketuban keruh menandakan adanya infeksi
- (f) Konsistensi serviks : lunak atau keras
- (g) Penurunan bagian terendah janin hodge 1-4
- (h) Bagian terendah janin : kepala, bokong, muka, atau bagian terkecil janin
- (i) Denominator : UUK atau UUB
- (j) Bagian terkecil janin : prolaps tali pusat sering terjadi pada ketuban pecah dini

4. Pemeriksaan laboratorium

(a) Darah : Leucocyt < 15.000 per mm³, jika lebih menunjukkan adanya infeksi (Varney, 2008).

Anemia merupakan faktor penyebab KPD.

(b) Urine : pada pemeriksaan albumin urin keruh atau jernih, pada pemeriksaan reduksi urine berubah warna atau tidak.

5. Pemeriksaan lain

(a) USG : pada pasien dengan ketuban pecah dini terlihat jumlah cairan yang sedikit dan sering terjadi kesalah pahaman pada penderita oligohidramnion, (Nugroho, 2012).

(b) Tes lakmus : kertas lakmus merah berubah menjadi biru.

(c) Mikroskopik : menunjukkan gambaran daun pakis

(Nugroho, 2012)

2.3.2 Interpretasi data

1. **Diagnosa** : G...PAPIAH, primi atau multi, UK... minggu, hidup, tunggal, letak kepala, intra uteri inpartu, jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik
2. **Masalah** : cemas akan kondisinya, belum mengerti mengenai ketuban pecah dini
3. **Kebutuhan** : beri dukungan emosional, asuhan sayang ibu, komunikasi informasi dan edukasi tentang ketuban pecah dini

2.3.3 Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

1. Pada ibu : infeksi intra uteri, oligohidramion, persalinan preterm pada kehamilan <37 minggu, partus lama, perdarahan post partum karena antonia uteri, prolaps tali pusat
2. Pada janin : gawat janin, asfiksi

2.3.4 Penetapan kebutuhan terhadap tindakan segera

1. Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemberian antibiotic
2. Istirahat atau tirah baring

2.3.5 Rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana Asuhan Kala 1

Tujuan : setelah dilakukan asuha kebidanan diharapkan persalinan berjalan dengan normal dan tidak terjadi infeksi

Kriteria hasil : Pemeriksaan TTV normal, DJJ dalam batas normal, kontraksi uterus 3x lamanya 40'' atau lebih dalam 10 menit, pembukaan lengkap dengan penipisan 100%

Penanganan konservatif(<37 minggu)

Intervensi

1. Pantau DJJ tiap 15-30 menit
2. Observasi suhu dan nadi tiap 4 jam
3. Kolaborasi dengan dokter SpOG dalam melaksanakan tindakan selanjutnya
 - a. Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tak tahan ampisilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
 - b. Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat sampai air ketuban tidak keluar lagi.

- c. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes busa rieгатif : beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- d. Jika usia kehamilan 32-37.minggu, sudah in partu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- f. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, dan tanda-tanda infeksi intrauterine).
- g. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kader lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali

Rasional

1. Takikardi atau bradikardi adaah indikasi dari kemungkinan penurunan yang perlu intervensi
2. Suhu yang meningkat perlahan mungkin menandakan adanya infeksi
3. Klien mendapatkan terapi sesuai kebutuhannya

Penanganan aktif (>37 minggu)

Intervensi

1. Pantau DJJ 15-30 menit
2. Observasi suhu (tiap 1-2 jam) dan nadi tiap 30 menit
3. Kolaborasi dengan dokter SpOG dalam melaksanakan tindakan selanjutnya
 - a. Lakukan pemeriksaan dalm untuk menentukan score Bioshop

- b. Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 ug intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- c. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri dengan syarat :
 - 1) Bila skor pelvic < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
 - 2) Bila skor pelvic > 5, induksi persalinan, partus pervaginam.

Rasional

1. Takikardi atau bradikardi adalah indikasi dari kemungkinan penurunan yang perlu intervensi.
2. Suhu yang meningkat erlahan menandakan infeksi
3. Klien mendapatkan terapi sesuai dengan kebutuhannya

4. Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Melakukan tindakan dalam pelaksanaan KPD :
 - a. Menganjurkan ibu untuk tirah baring.
 - b. Melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn dalam pemberian antibiotik
 - c. Dalam keadaan terpaksa dilakukan terminasi kehamilan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Kala II

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan pembukaan lengkap dan bayi lahir pervagina

Kriteria hasil : bayi menangis kuat, tonus otot baik, warna tubuh bayi merah, tidak ada penyulit kala II.

Apabila bayi tidak lahir >60 menit maka segera rujuk karena tidak turunnya kepala bayi mungkin disebabkan CPD

KALA III

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \leq 15-30 menit diharapkan plasenta dapat lahir lengkap

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus baik, TFU dalam batas normal (2 jari bawah pusat)

Apabila plasenta tidak lahir \geq 15 menit dilakukan suntik oksitosin ke 2 dan plasenta belum lahir dilakukan plasenta manual.

KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik dan tidak ada komplikasi

Kriteria hasil : TTV dalam batas normal, kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan

2.4 Kerangka Konsep Penelitian

