

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut (Sumirah dan Pertami, 2016) kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga, mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia memiliki karakteristik kebutuhan yang unik, tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi 5, yaitu:

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi kebutuhan dan syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostatis tubuh. Manusia memiliki minimal 8 macam kebutuhan fisiologis meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat tidur, seksual, dan lain-lain.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Konteks hubungan interpersonal seseorang juga membutuhkan rasa aman. Keamanan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan komunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami perilaku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya dalam lingkungannya.

c. Kebutuhan Cinta dan Rasa Memiliki

Kebutuhan dasar ini menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga mereka, diterima oleh teman sebaya, oleh lingkungan masyarakat sekitarnya. Dorongan ini akan terus menekan seseorang sedemikian rupa sehingga ia akan berupaya

semaksimal mungkin untuk mendapatkan perasaan saling mencintai dan memiliki tersebut.

d. **Kebutuhan Harga Diri**

Penghargaan terhadap diri sendiri merujuk pada penghormatan diri, dan pegakuan diri, kompetensi rasa percaya diri, dan kemerdekaan untuk mencapai penghargaan diri, seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukannya serta meyakini bahwa dirinya benar-benar dibutuhkan dan berguna. Apabila kebutuhan harga diri dan pengahargaan diri orang lain tidak terpenuhi, orang tersebut mungkin merasa tidak berdaya dan merasa rendah diri. Beberapa contoh kebutuhan cinta dan dicintai, jika kebutuhan dicintai atau keamanan tidak terpenuhi secara memuaskan, kebutuhan akan harga diri juga terancam. Perlu diingat bahwa seseorang yang memiliki harga diri yang baik, akan memiliki kepercayaan diri yang baik pula dengan demikian, ia akan lebih produktif. Harga diri yang sehat dan stabil tumbuh dari penghargaan yang wajar atau sehat dari orang lain bukan karena keturunan, ketenaran, serta sanjungan yang hampa.

e. **Kebutuhan Aktualisasi Diri**

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan yang paling tinggi menurut Maslow dan Kalish. Aktualisasi diri adalah kemampuan seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri serta bebas dari tekanan luar. Abraham Maslow berdasarkan teorinya mengenai aktualisasi diri, pada asumsi dasar bahwa manusia pada hakikatnya memiliki nilai intrinsik sehingga manusia memiliki peluang untuk mengembangkan dirinya.

B. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap-tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual *problem-solving* dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nur Salam, 2013).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, social dan spiritual. Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Aplikasi pengkajian meliputi:

- a. Pengkajian data dasar (nama, umur, sex, status kesehatan, status perkembangan, orientasi sosio-kultural, riwayat diagnostik dan pengobatan, faktor sistem keluarga); Pola hidup; Faktor lingkungan.
- b. Observasi status kesehatan klien Untuk menemukan masalah keperawatan berdasarkan *self-care defisit*, maka perawat perlu melakukan pengkajian kepada klien melalui observasi berdasarkan klasifikasi tingkat ketergantungan klien yang terdiri dari *Minimal Care, Partial Care, Total Care*.
- c. Pengembangan masalah fisiologis yang terdiri dari pemenuhan kebutuhan oksigen, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, gangguan mengunyah, gangguan menelan, pemenuhan kebutuhan eliminasi /pergerakan bowel, urinary, excrements, menstruasi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat. Secara rinci pengembangan teori dengan masalah fisiologis adalah sebagai berikut:
 - 1) Pemenuhan kebutuhan Oksigen/Udara
 - a) Saluran Pernafasan
 - (1) Sumbatan pada saluran pernafasan oleh benda asing.
 - (2) Kelaianan pada saluran pernafasan daaan peningkatan resistensi jalan pernafasan.
 - b) Pengembangan kapasitas vital paru

- (1) Retraksi paru
 - (2) Penurunan pengembangan paru
 - (3) Perubahan jaringan paru terhadap pemenuhan kapasitas vital paru
 - (4) Keterbatasan ekspansi dada
 - (5) Pengaruh muskuler dan neuro terhadap pengembangan paru
- c) Ventilasi alveolar optimal
- (1) Alveoli yang terganggu
 - (2) Penurunan jumlah alveolus
 - (3) Kehilangan alveolus dan kapiler pulmonal
- d) Mempertahankan keseimbangan gas diantara alveolus dan paru
- (1) Hipoventilasi elveolar
 - (2) Penebalan alveolar dan membran kapiler
 - (3) Rendahnya aliran darah paru terhadap ventilasi
 - (4) Penurunan kapasitas oksigen
- e) Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap saraf sentral
- (1) Aktifitas ritme otomatis di medula oblongata
 - (2) Reseptor regulasi kimia (kemoreseptor)
- f) Terhentinya pernafasan sementara
- (1) Kekejangan umum
 - (2) Tangis anak-anak
- g) Tidak ada respirasi
- (1) Apneu yang muncul pada bayi normal
 - (2) Apneu dengan pasien preterm
 - (3) Apneu pada 24 jam pertama
 - (4) Apneu pada penyakit kardiorespiratori
 - (5) Apneu akibat gangguan metabolic
- h) Distres respiratori
- (1) Ansietas
 - (2) Histeria dan gangguan emosional
 - (3) Patologi pada jantung dan paru

- (4) Pernafasan periodik pada bayi preterm
- (5) Dispneu dan sianosis pada bayi baru lahir
- i) Penurunan respiratory rate dan kapasitas vital
 - (1) Kakeksia
 - (2) Malnutrisi
- j) Peningkatan kerja pernafasan
 - (1) Injuri
- 2) Pemenuhan kebutuhan air/cairan dan makanan/nutrisi
 - a) Keadaan yang berkaitan dengan kebutuhan cairan
 - (1) Kemampuan / ketidak mampuan
 - (2) Kegagalan mengkomunikasikan kebutuhannya
 - (3) Kondisi pemasukan / input asupan nutrisi
 - b) Jenis makanan dan cairan yang tidak disukai dan mempengaruhi
 - (1) Yang berbeda dengan kebiasaan
 - (2) Yang berbeda dari standar
 - (3) Yang bertentangan dengan kondisi individu.
 - c) Kondisi internal dan eksternal pemasukan makanan dan cairan
 - (1) Hal-hal yang perlu diperhatikan
 - (a) Kondisi fisik
 - (b) Stimulasi fisik
 - (c) Perilaku yang tidak biasa
 - (d) Kondisi lingkungan yang mempengaruhi asupan
 - (2) Manfaat asupan cairan makanan
 - d) Kondisi natural terkait dengan asupan cairan dan makanan ke dalam mulut
 - (1) Status / tingkat perkembangan
 - (2) Abnormalitas pada mulut dan wajah
 - (3) Obstruksi-inflamasi dan lesi pada mulut
 - (4) Pengeluaran sekresi dari mulut dan hidung
 - (5) Kesulitan untuk membuka dan menutup mulut

- (6) Prosedur pembedahan pada mulut, rahang dan lidah yang mempengaruhi pemasukan cairan dan nutrisi
 - (7) Pertukaran jaringan lunak di mulut
 - (a) Efek dari kekurangan nutrisi dan adanya pembatasan asupan
 - (b) Atropi mukosa mulut pada orang tua sehingga kemampuan merasakan menurun dan adanya sensasi terbakar pada mulut
 - (8) Posisi tubuh yang terganggu pada saat makan dan minum tidak mampu membuka mulut
 - (9) Kondisi gangguan mengunyah
 - (a) Kondisi gigi dan rahang
 - (b) Kondisi otot untuk mengunyah
 - (c) Nyeri saat mengunyah akibat lesi pada jaringan lunak dan tulang
 - (d) Berurangnya jumlah saliva
 - (e) Kebiasaan tidak mengunyah makanan
 - (10) Kondisi dan keadaan gangguan mengunyah
 - (a) Kondisi yang berhubungan dengan berkurangnya jumlah saliva: Berkurangnya atau tertahannya sekresi saliva, Adanya peradangan, tumor atau gangguan pada kelenjar yang memproduksi saliva.
 - (b) Kondisi otot lidah dan pipi / wajah yang terganggu
 - (c) Kurang dalam mengunyah makanan
- 3) Pemenuhan kebutuhan eliminasi dan ekskresi
- a) Perubahan pergerakan bowel dan feces
 - (1) Konstipasi-diare
 - (2) Perubahan kepadatan, warna dan karakteristik faeces
 - (3) Perubahan integritas bowel, fungsi, dan perubahan struktur
 - b) Perubahan pola urinary, urin dan integritas organ
 - (1) Perubahan pola urinary
 - (2) Perubahan kualitas dan kuantitas urine

- (3) Perubahan struktur dan fungsi integritas organ
 - c) Perubahan pola keringat
 - (1) Keringat berkurang
 - (2) Keringat meningkat
 - d) Perasaan dan emosi yang mempengaruhi
 - (1) Ketidaknyamanan atau nyeri
 - (2) Kecemasan atau ansietas akibat gangguan
 - e) Tingkah laku selama perawatan
 - (1) Pergerakan yang sulit
 - (2) Tidak nyaman atau nyeri pada saat pergerakan
 - f) Lingkungan
 - (1) Jamban
 - (2) Sanitari lingkungan
 - (3) Privasi pada saat BAB dan BAK
 - (4) Berbeda setiap individu
- 4) Aktivitas dan istirahat
 - a) Tingkat aktivitas sehari-hari
 - (1) Pola aktivitas sehari-hari
 - (2) Jenis, frekuensi dan lamanya latihan fisik
 - b) Tingkat kelelahan
 - (1) Aktivitas yang membuat lelah
 - (2) Riwayat sesak nafas
 - c) Gangguan pergerakan
 - (1) Penyebab gangguan pergerakan
 - (2) Tanda dan gejala
 - (3) Efek dan gangguan pergerakan
 - d) Pemeriksaan fisik
 - (1) Tingkat kesadaran
 - (2) Postur atau bentuk tubuh.
 - (3) Ekstremitas
- 5) Keselamatan dan keamanan

- (a) Faktor-faktor yang berhubungan dengan sistem sensori komunikasi pasien seperti adanya perubahan perilaku pasien karena gangguan sensori komunikasi Halusinasi
 - (1) Gangguan proses pikir
 - (2) Kelesuan
 - (3) Ilusi
 - (4) Kebosanan dan tidak bergairah
 - (5) Perasaan terasing
 - (6) Kurangnya konsentrasi
 - (7) Kurangnya koordinasi dan keseimbangan
- (b) Faktor resiko yang berhubungan dengan keadaan pasien
 - (1) Kesadaran menurun
 - (2) Kelemahan fisik
 - (3) Imobilisasi
 - (4) Penggunaan alat bantu

2. Diagnosis Keperawatan

Setelah menggunakan pengkajian Teori dorotea orem penegakan diagnosa mengacu pada diagnosa keperawatan yang aktual, resiko tinggi dan kemungkinan. Teori Orem masih lebih berfokus pada masalah fisiologis, namun diagnosa dapat dikembangkan ke masalah lain sesuai kebutuhan dasar. Diagnosa Ibu:

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (**D.0077**).
- b. Kesiapan persalinan b.d status kesehatan ibu dan janin sehat (**D.0070**).
- c. Ansietas b.d kondisi kehamilan perinatal (**D.0080**).
- d. Risiko infeksi d.d Ketuban pecah sebelum waktunya (**D.0142**).
- e. Defisit pengetahuan b.d ketidaktahuan menemukan sumber informasi (**D.0111**).

3. Intervensi Keperawatan

Diberikan jika kemampuan merawat diri pada klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi self care yang sebenarnya sudah diketahui. Berikut intervensi yang dapat dilakukan sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia (Tim Pokja Siki DPP PPNI, 2018).

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Tujua: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun (**L.08066**). Kriteria Hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun

Rencana tindakan (**L.03121**):

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium

b. Kesiapan persalinan b.d status kesehatan ibu dan janin sehat

Tujua: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan status antepartum pasien membaik (**L.07059**). Kriteria hasil:

- 1) Nausea menurun
- 2) Muntah menurun
- 3) Tekanan darah membaik

Rencana tindakan **L.12437**: Observasi

- 1) Identifikasi tingkat pengetahuan pasien

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- 1) Jelaskan metode persalinan yang ibu inginkan
- 2) Anjurkan ibu cukup nutrisi
- 3) Anjurkan ibu mengenali bahaya persalinan

c. Ansietas b.d kondisi kehamilan perinatal

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan status tingkat ansietas pasien menurun(**L.09093**).Kriteria hasil:

- 1) Prilaku gelisah menurun
- 2) Pola tidur membaik

Rencana tindakan **I.09314**

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
- 2) Monitor tanda tanda ansietas

Terapeutik

- 1) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 2) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 3) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Edukasi

- 1) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu*
- 2) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, *jika perlu*

d. Risiko infeksi d.d ketuban pecah sebelum waktunya

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan status tingkat infeksi pasien menurun (**L.14137**). Kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Nyeri menurun

3) Kadar sel darah putih membaik

Rencana tindakan **I.14539:**

Observasi

1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik

1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Edukasi

1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian imunisasi, *jika perlu*

e. Defisit Pengetahuan b.d Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan tingkat pengetahuan pasien meningkat (**L.12111**). Kriteria hasil:

1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang satu topic meningkat

2) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic

Rencana tindakan **I.12383:**

Observasi

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima Informasi

Terapeutik

1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Edukasi

1) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat, setiap implementasi, akan ada respon hasil dari pasien setiap harinya. keperawatan ini dilakukan dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri (Self care) dengan penyakit yang ia alami sehingga pasien mencapai derajat kesembuhan yang optimal dan efektif.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien atas tindakan yang telah dilakukan sehingga dapat disimpulkan apakah tujuan asuhan keperawatan tercapai atau belum.

C. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Ketuban pecah dini atau spontaneous/early premature of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu atau sebelum terdapat tanda persalinan yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum pembukaan 5 cm. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho,2010).

Ketuban pecah dini (KPD) atau *Premature Rupture Of Membranes* (PROM) adalah pemecahan selaput ketuban secara spontan sebelum fase persalinan atau dimualainya tanda inpartu. Jika ketuban pecah sebelum persalinan pada kehamilan preterm (kurang dari 37 minggu) disebut KPD preterm atau *preterm premature rupture of membranes* (PPROM) (Duff,2003; Mercer,2003; Gilbert & Harmon, 2003;Parry & Strauss III, 2006; Caughey, Robinson & Norwitz,2008;Kemenkes RI,2013)

Pada saat ketuban pecah, paparan kuman yang berasal dari vagina akan lebih berperan dalam infeksi janin. Pada keadaan ini, kuman dari vagina naik ke kavum uteri, melekat pada desidua (menimbulkan desidualitis), lalu terjadi penyebaran infeksi ke selaput khorion dan amnion

(menimbulkan khorioamnionitis) dan berkembang menjadi khoriovaskulitis (infeksi pada pembuluh darah fetal) serta amnionitis. Bila cairan amnion yang septik teraspirasi oleh janin akan menyebabkan pneumonia kongenital, otitis, konjungtivitis sampai bakterimia dan sepsis (Manuaba, 2013). Faktor predisposisi persalinan dengan ketuban pecah dini biasanya disebabkan oleh riwayat ketuban pecah dini sebelumnya, infeksi traktus genital, pendarahan antepartum dan merokok. Oleh sebab itu, ketuban pecah dini memerlukan pengawasan yang ketat dan kerjasama antara keluarga dan penolong (bidan dan dokter). Dengan demikian, akan menurunkan atau memperkecil resiko kematian ibu dan bayinya (Kemenkes,2013). Beberapa faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini dalam penelitian ini antara lain: umur ibu, paritas, kehamilan ganda.

Perkumpulan Obstetric dan Ginekologi (POGI) dan himpunan kedokteran fetomaternal (HKFM) (2016) membagi KPD atas 2 klasifikasi yaitu KPD preterm dan KPD pada kehamilan aterm.

a. KPD Preterm

KPD preterm merupakan pecahnya selaput ketuban yang terbukti dengan vaginal pooling, tes nitrazim dan, tes fern atau *insulin-like growth factor binding protein 1* (IGFBP-1) (+) pada usia <37 minggu sebelum onset persalinan. Klasifikasi ini terdiri dari KPD sangat preterm dan KPD preterm. KPD sangat preterm didefinisikan jika pecahnya selaput ketuban yang terjadi saat usia kehamilan ibu antara 24 minggu sampai kurang dari 34 minggu. Sedangkan KPD preterm didefinisikan jika pecahnya selaput ketuban yang terjadi pada usia kehamilan ibu antara 34 minggu sampai kurang dari 37 minggu.

b. KPD pada kehamilan Aterm

KPD pada kehamilan aterm merupakan kejadian pecahnya selaput ketuban yang terjadi pada usia kehamilan \geq 37 minggu yang terbukti dengan vaginal pooling, tes nitrazin dan tes fern (+), IGFBP-1(+).

2. Anatomi Fisiologi

Air ketuban (Liquor Amnii)/Tiris Di dalam amnio yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnio) dan selaput pembungkus (chorion) terdapat air ketuban (loquor amnii). Volume air ketuban pada hamil cukup bulan 1000-1500 ml: warna agak keruh, serta mempunyai bau yang khas, agak amis. Cairan ini dengan berat jenis

1,007-1,008 terdiri atas 97-98% air. Sisanya terdiri atas garam anorganik serta bahan organik dan bila di teliti benar, terdapat rambutlanugo (rambut halus berasal dari bayi). Protein ini ditemukan rata-rata 2,6% perliter, sebagian besar sebagai albumin.

Warna air ketuban ini menjadi kehijau-hijauan karena tercampur meconium (kotoran pertama yang dikeluarkan bayi dan mengeluarkan empedu). Untuk membuat diagnosis umumnya dipakai sel-sel yang terdapat di dalam air ketuban dengan melakukan fungsi kedalam ruang ketuban Rahim melalui dinding depan perut untuk memperoleh sampel cairan ketuban (amniocentesis). Umumnya pada kehamilan minggu ke-14 hingga 16 dengan ultra sonografi ditentukan sebelum letak plasenta, untuk menghindari plasenta ditembus. Fungsi melalui plasenta dapat menimbulkan perdarahan dan pencemaran liquor amni oleh darah, mengadakan analisis kimiawi dan sitotrauma pada janin. Plasenta pencampuran darah antara lain antara janin dan ibu dengan kemungkinan sensitive (sensitization), dan abortus, meskipun ini jarang diterjadi, maka dari hal itu, amniocentesis hendaknya hanya dikerjakan bila ada indikasi yang tepat. Air ketuban mempunyai fungsi yaitu:

- a. Melindungi janin terhadap trauma luar
- b. Memungkinkan janin bergerak dengan bebas
- c. Melindungi suhu tubuh janin
- d. Meratakan tekanan didalam uterus pada saat partus, sehingga serviks membuka.
- e. Membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril, dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi tidak mengalami infeksi.

- f. Untuk menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan/diminum yang kemudian dikeluarkan melalui kencing.

Amnion manusia dapat berkembang dari delaminasi sitotrofobulus. Ketika amnion membesar, perlahan-lahan kantong ini meliputi embrio yang sedang berkembang, yang akan prolaps kedalam rongganya. Distensi kantong amnion akhirnya mengakibatkan kantong tersebut menempel dengan bagian didalam ketuban (interior korion) , dan amnion dekat akhir trimester pertama mengakibatkan kantong tersebut menempel dengan bagian di dalam ketuban (entrior korion), amnion dan korion walaupun sedikit menempel tidak pernah berhubungan erat dan biasanya dapat dipisahkan dengan mudah, bahkan pada waktu atterm. amnion normal mempunyai tebal 0,02 sampai 0,5 mm.

3. Etiologi

Penyebabnya 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 predesposisi adalah:

- a) Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
- b) Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
- c) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- d) Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

4. Patofisiologi

Menurut Manuaba (2009) mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadi 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 ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan.

5. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau, 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, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti,2017).

6. Komplikasi

- a. Komplikasi KPD preterm pada janin/ neonates bervariasi dan meningkat dengan adanya infeksi,
- b. Komplikasi pada ibu Menurut (Achadiat, 2010) komplikasi yang sering terjadi adalah infeksi sampai dengan sepsis. membran janin berfungsi sebagai penghalang untuk menghalangi merambatnya infeksi. Setelah ketuban pecah, baik ibu dan janin beresiko infeksi hal ini terjadi karena setelah ketuban pecah maka akan ada jalan masuk mikroorganisme dari luar uterus apalagi jika sering dilakukan pemeriksaan dalam. Komplikasi yang kedua adalah peritonitis khususnya jika dilakukan pembedahan, dan komplikasi yang ketiga adalah ruptur uteri karena air ketuban habis, sehingga tidak ada pelindung antara janin dan uterus jika ada kontraksi sehingga uterus mudah mengalami kerusakan

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut Ratnawati (2017), penatalaksanaan ketuban pecah dini, yaitu:

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
- b. Bila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- c. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin
- d. Jika Tali pusat di vulva maka di bungkus kain hangat yang dilapisi plastik
- e. Jika ada demam atau di khawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik.
- f. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- g. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis.
- h. Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- i. Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- j. Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5.
- k. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

1) Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan. (Alodokter, 2018).

2) Persalinan secara normal/pervaginam

Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi (Wikipedia, 2018).

3) Sectio caesarea.

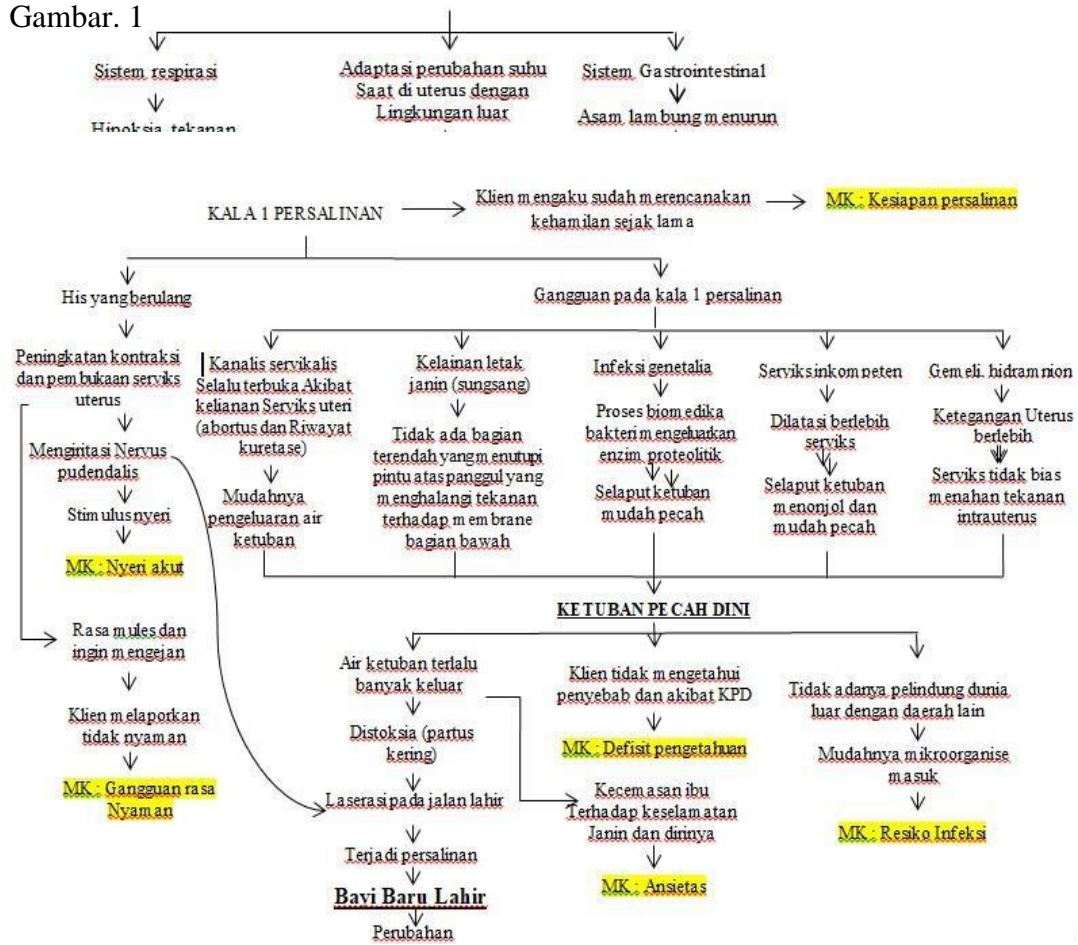
Menurut (Heldayani, 2009), sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

8. Penatalaksanaan dan Pengobatan kasus Ketuban Pecah Dini Konserpatif

- a. Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
- b. Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- c. Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika usia kehamilan 32-27 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negativ beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

9. PHATWAY

Gambar. 1



Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 1.1

NO	Judul	Penulis	Tahun Terbit	Hasil
1.	Asuhan keperawatan pada pasien post partum dengan ketuban pecah dini yang dirawat dirumah sakit	Selvy Lazuarti	2020	Mendapatkan hasil kondisi resiko infeksi, masalah dapat teratasi dibuktikan dengan klien tidak mengalami tanda-tanda infeksi, tidak adanya pendarahan.
2.	Asuhan keperawatan pada Ny.D.B.dengan ketuban pecah dini (KPD) di ruang flamboyant RSUD Prof.DR.W.Z.Yohannes Kupang	Yohana Ani	2019	Didapat hasil dengan risiko infeksi tidak terjadi yang ditandai dengan kadar lekosit didalam rentang normal. Hal ini karena adanya kerjasama yang baik dari pasien, keluarga, dokter SPOG dan tenaga medis yang lain dan dalam praktek

				adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan yang dilakukan selama ibu dirawat di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.