

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Walyani, 2015). Periode kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu: (1) Trimester pertama (bulan 1-3) Ditandai dengan adanya penyesuaian terhadap ide-ide menjadi orang tua, tingkat hormon yang tinggi, mual dan muntah. (2) Trimester kedua (bulan 4-6) Waktu yang menyenangkan, respons seksual meningkat, quickening memberikan dorongan psikologis. (3) Trimester ketiga (bulan 7-9) Letih, tubuh menjadi besar dan terlihat aneh, kegembiraan yang menyusut dengan kelahiran bayi.

Salah satu masalah yang sering mengancam kehamilan yaitu adanya indikasi ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini (KPD) atau sering disebut dengan premature reapture of the membrane (PROM) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan (Rohmawati, 2018). Ketuban pecah dini dapat menyebabkan dampak yang serius pada morbiditas dan mortalitas ibu serta bayinya, terutama dalam kematian perinatal yang cukup tinggi (Legawati, 2018). KPD disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan servik.

Menurut WHO, kejadian ketuban pecah dini (KPD) atau insiden PROM (*prelabour rupture of membrane*) berkisar antara 5-10% dari semua kelahiran. KPD preterm terjadi 1% dari semua kelahiran dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Pada 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran prematur (WHO, 2014). Insiden KPD di Indonesia berkisar 4,5% - 6% dari

seluruh kehamilan. Inside kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di beberapa Rumah Sakit di Indonesia cukup bervariasi yakni diantaranya: di RSUP Hasan Sadikin sebesar 5,05%, RS Cipto Mangunkusumo sebesar 11,22%, RS Pringadi sebesar 2,27% dan RS Kariadi yaitu sebesar 5,10% (Nur Rohmawati, 2018). Sedangkan data dinas kesehatan Jawa Barat angka kejadian ketuban pecah dini pada tahun 2017 dilaporkan yakni sebanyak 230 kasus dari angka persalinan 4.832 (4,75%) (Dhinda, 2017). Menurut Dinkes Kabupaten Bogor sebanyak 12 kasus kematian ibu atau 56,83/100 ribu kelahiran hidup yang mengalami KPD (3%) (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia sebesar 289.000 jiwa per 100.000 KH (kelahiran hidup), dimana AKI yang cukup tinggi. Di wilayah Asia AKI tertinggi ditempati oleh Asia Tenggara yaitu Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup. Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup dan tertinggi ditempati oleh Indonesia yaitu 190 per 100.000 kelahiran hidup, dimana faktor penyebab dari tingginya AKI dipengaruhi oleh perdarahan, preeklampsia dan infeksi (WHO, 2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan menggunakan data sekunder rekam medis RSUD Tugurejo Semarang yang dilakukan oleh peneliti pada kasus komplikasi persalinan menyebutkan bahwa data jumlah kasus komplikasi persalinan pada periode Januari-Desember 2016 jumlah keseluruhannya yaitu 2.178 ibu yang melahirkan, diantaranya terdapat 834 kejadian komplikasi persalinan (38,2%). Dari 834 kasus komplikasi persalinan ini terdiri dari persalinan KDP ada kasus 360 kasus (43,1), PEB ada 208 kasus (24,9%), Perdarahan Postpartum ada 81 kasus (9,71%), Prematuritas (*preterm*) ada 54 kasus (6,74%), Pendarahan Antepartum ada 31 kasus (3,71%), Malposisi/malpresentasi ada 41 kasus (4,91%) dan lain-lain 55 kasus (6,59%) (RSUD Tugurejo Semarang, 2016).

Dampak yang paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan (RDS atau *Respiratory Distress Syndrome*), yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi akan

meningkat, prematuritas, asfiksia, dan hipoksia, prolapse (keluarnya tali pusat) , resiko kecacatan, dan hypoplasia paru janin pada aterm. Hampir semua KPD pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% mordibitas dan mortalitas perinatal ini disebabkan oleh prematuritas akibat dari ketuban pecah dini (Rohmawati, 2018). Komplikasi kejadian KPD yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan potspartum, meningkatkan kasus bedah caesar, dan meningkatkan mordibitas dan mortalitas maternal (Maharrani, T & Nugrahini, 2017).

Ketuban pecah dini (KPD) dapat meningkatkan kecemasan yang disebabkan karena rasa takut dan sakit yang dapat meningkatkan pengeluaran adrenalin penyebab dari kecemasan. Hasil penelitian menemukan bahwa sebagian besar ibu bersalin dengan KPD memiliki tingkat kecemasan yang cukup tinggi (Aisyiyah, 2019).

Pastikan diagnosis terlebih dahulu kemudian tentukan umur kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin serta dalam keadaan inpartu terdapat gawat janin. Penanganan ketuban pecah dini dilakukan secara konservatif dan aktif, pada penanganan konservatif yaitu rawat di rumah sakit (Prawirohardjo, 2016).

Peran perawat bagi ibu dengan KPD adalah memberikan asuhan keperawatan baik secara fisik maupun psikologis. Tindakan utama pada kasus ini yaitu dengan mencegah dampak lebih lanjut dari KPD yaitu untuk mengurangi risiko infeksi, kelahiran kurang bulan, sindrom distress pernapasan (RDS) yang terjadi pada bayi baru lahir serta tindakan untuk membantu masalah psikologis dengan memberikan informasi dan dukungan emosi kepada ibu. Studi kasus ini dapat dijadikan pengarahannya terhadap perawat yang akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien KPD.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif, yang meliputi aspek bio-sosial-spiritual pada Ny. N (31 tahun) G3P2A0 kehamilan 32-33 minggu dengan ketuban pecah dini 6 jam di ruang nifas rumah sakit al-ihsan kabupaten bandung.

2. Tujuan Khusus

- a) Mampu melakukan pengkajian pada kasus Ketuban Pecah Dini pada Ny. N (31 tahun) G3P2A0 kehamilan 32-33 minggu dengan ketuban pecah dini 6 jam di ruang nifas rumah sakit al-ihsan kabupaten bandung.
- b) Mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada kasus Ketuban Pecah Dini pada Ny. N (31 tahun) G3P2A0 kehamilan 32-33 minggu dengan ketuban pecah dini 6 jam di ruang nifas rumah sakit al-ihsan kabupaten bandung.
- c) Mampu membuat perencanaan pada kasus Ketuban Pecah Dini pada Ny. N (31 tahun) G3P2A0 kehamilan 32-33 minggu dengan ketuban pecah dini 6 jam di ruang nifas rumah sakit al-ihsan kabupaten bandung.
- d) Mampu melakukan implementasi pada kasus Ketuban Pecah Dini pada Ny. N (31 tahun) G3P2A0 kehamilan 32-33 minggu dengan ketuban pecah dini 6 jam di ruang nifas rumah sakit al-ihsan kabupaten bandung.
- e) Mampu mengevaluasi proses keperawatan pada kasus Ketuban Pecah Dini pada Ny. N (31 tahun) G3P2A0 kehamilan 32-33 minggu dengan ketuban pecah dini 6 jam di ruang nifas rumah sakit al-ihsan kabupaten bandung.

C. Sistematika Penulisan

1. BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan serta tentang sistematika penulisan yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini.

2. BAB II TINJAUAN TEORITIS

Pada bab ini menjelaskan mengenai teori yang terjadi pada permasalahan yang diambil di lapangan dan penyesuaian dengan konsep teori yang ada.

3. BAB II LAPORAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menjelaskan mengenai hasil dari dokumentasi laporan kasus penulis yang dimulai dari aspek pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi serta evaluasi yang telah dilakukan. Yang nantinya akan diuraikan dalam pembahasan dan akan membandingkan antara teori serta kegiatan lapangan yang sudah dilaksanakan.

4. BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi simpulan dari hasil pembahasan laporan kasus serta hasil dari membandingkan atau menyamakan teori dengan tindakan yang dilakukan di lapangan serta adanya saran yang ditujukan sebagai preferensi.