

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

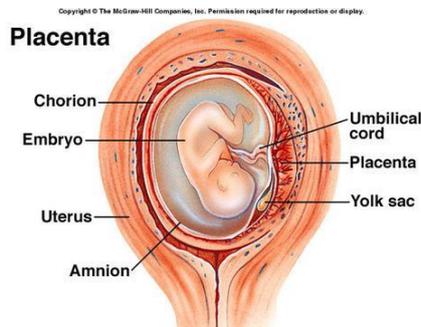
2.1 Konsep Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau premature rupture of membrane (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan, yaitu bila pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm dan dalam 1 jam tidak diikuti tanda-tanda inpartu. Sedangkan Ketuban Pecah Dini Preterm atau Preterm Premature Rupture of the Membran (PPROM) adalah pecahnya ketuban sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu (Soewarto, 2016)

2.1.2 Anatomi fisiologis

1. Air ketuban (Liquar Amnio)/Tiris



Gambar 2.1 Anatomi ketuban (Sumber: Silverthorn, 2013)

Di dalam amnio terdapat sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnion) dan selaput pembungkus (chorion) terdapat air ketuban (loquor amnii). Volume air ketuban pada hamil cukup bulan 1000-1500 ml: warna agak keruh, dengan 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 terdapat rambut lanugo (rambut halus berasal dari bayi). Protein ini

ditemukan rata-rata 2,6% perliter, sebagian besar sebagai albumin. Warna air ketuban ini kadang hijauan karena tercampur meconium (kotoran pertama yang dikeluarkan bayi).

Amniotic Fluid Index (AFI) menurut (Anita, 2015) yaitu normalnya metode ini menggunakan jumlah dari 4 kantong cairan vertikal terdalam. Rentang normal untuk AFI adalah 5 hingga 25 cm.

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.

2. Fisiologi selaput ketuban.

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

2.1.3 Patofisiologis

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dimulai dengan terjadinya pembukaan premature serviks, kemudian 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 tubuh dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan. Pecahnya ketuban pada saat persalinan secara umum disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan juga peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah pada bagian tertentu dikarenakan adanya perubahan biokimia, yang mengakibatkan berkurangnya keelastisan selaput ketuban, sehingga menjadi rapuh. Biasanya terjadi pada daerah inferior.

Selaput ketuban yang tadinya sangat kuat pada kehamilan muda akan semakin menurun seiring bertambahnya usia kehamilan, dan puncaknya pada trimester ketiga. Selain yang telah disebutkan di atas, melemahnya kekuatan selaput ketuban juga sering dihubungkan dengan gerakan janin yang berlebihan. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis (Prawirohardjo, 2010). Setelah ketuban pecah maka kuman yang berada di dalam serviks mengadakan invasi ke dalam saccus amnion dalam waktu 24 jam cairan amnion akan terinfeksi. Akibat dari infeksi cairan amnion maka akan dapat terjadi infeksi pada ibu. Infeksi

yang dapat ditimbulkan yaitu infeksi puerperalis (nifas), peritonitis, septicemia dan dry-labor (Nurhastuti, 2019)

2.1.4 Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa faktor predisposisi menurut (Wulandari, 2016) adalah:

1. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban biasa menyebabkan terjadinya KPD.

2. Inkompetensia Serviks

Inkompetensia serviks adalah istilah kelainan pada otot – otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah - tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan yang semakin besar

3. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan ganda terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahimnya yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan di bagian bawah tidak ada yang menahan dan mengakibatkan selaput ketuban tipis, serta mudah pecah

4. Kelainan letak

Semakin tinggi trimester maka janin tumbuh lebih cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. pada letak sungsang dapat memungkinkan ketegangan pada rahim meningkat, sedangkan pada letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi PAP yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian

bawah, maupun pembukaan serviks dan mengakibatkan ketegangan pada selaput ketuban.

5. Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah keadaan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah sampai kadar Hb <11 gr%. Kondisi ini dimana berkurangan eritrosit di dalam aliran darah atau massa hemoglobin, sehingga eritrosit tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruhan tubuh. Berkurangnya oksigen di dalam jaringan ketuban, menimbulkan kerapuhan pada selaput ketuban dan mengakibatkan selaput ketuban menjadi pecah.

Adapun faktor penyebab yang berhubungan dengan KPD menurut (Audrey & Candra, 2016)

1. Usia ibu
2. Pekerjaan
3. Riwayat abortus
4. Paritas

2.1.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala anemia pada kehamilan menurut (Wulandari, 2016) yaitu: Tanda dan gejala yang selalu ada ketika terjadi KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, cairan vagina berbau amis dan tidak seperti bau amoniak. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran, tetapi bila ibu duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran sementara. Keluarnya ketuban yang disertai dengan demam, juga nyeri pada perut, keadaan seperti ini di curigai amnionitis. Adapun tanda dan gejala yang tidak selalu ada timbul pada KPD seperti ketuban

pecah secara tiba-tiba, kemudian cairan tampak diintroitus dan tidak adanya his dalam satu jam

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk ibu yang mengalami KPD menurut (Sunarti, 2017) yaitu :

1. Pemeriksaan laboratorium
 - a. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya.
 - b. Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina.
 - c. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis) dan jika kertas lakmus berubah menjadi merah menunjukkan urine. PH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
 - d. Mikroskopik (tes pakis).
2. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)
 - a. Pemeriksaan ini di maksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
 - b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion

2.1.7 Komplikasi KPD

Komplikasi yang ditimbulkan akibat KPD tergantung dari usia kehamilan adapun sebagai berikut (Natsir, 2019):

1. Persalinan prematur

Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.¹⁰

2. Korioamnionitis

Korioamnionitis adalah keadaan pada perempuan hamil di mana korion, amnion, dan cairan ketuban terkena infeksi bakteri. Korioamnionitis merupakan komplikasi paling serius bagi ibu dan janin, dapat berlanjut menjadi sepsis. Penyebab korioamnionitis adalah infeksi bakteri yang terutama berasal dari traktur urogenital ibu.

3. Hipoksia dan asfiksia akibat oligohidramnion

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 300cc. Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru, sehingga pada saat lahir paru-paru tidak berfungsi sebagai mana mestinya. Dengan pecahnya ketuban, terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Semakin sedikit air ketuban janin semakin gawat.

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Konservatif

Perawatan secara konservatif berupa rawat di rumah sakit. Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari). Apabila usia kehamilan < 32 – 34 minggu, dirawat selama

air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak lagi keluar. Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu, belum inpartu tidak ada infeksi berikan deksametason, observasi tanda - tanda infeksi. Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu, ada infeksi, berikan antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi belum inpartu. Jika ada perdarahan pervaginam dengan nyeri perut, curigai adanya kemungkinan solusio plasenta. Jika ada tanda - tanda infeksi seperti demam dan cairan vagina berbau berikan antibiotika, berikan ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan.² Tidak ada infeksi berikan dexametason. Jika usia kehamilan 32 - 37 minggu, sudah inpartu, tidak infeksi, berikan tokolitik atau salbutamol, deksametason, dan induksi sesudah 24 jam. Apabila pada usia 32 – 37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi, kemudian nilai tanda - tanda infeksi

2. Aktif

Kehamilan lebih dari 37 minggu diberikan induksi dengan oksitosin. Bila gagal bisa dilakukan seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 25 µg - 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri. Bila skor pelvic < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea. Bila skor pelvic > 5, induksi persalinan.

2.2 Konsep Anemia

2.2.1 Pengertian Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar <10,5 gr% pada trimester II (Wahyu, 2018)

Anemia adalah suatu keadaan di mana kadar Hb dan/atau hitung eritrosit lebih rendah dari nilai normal. Dikatakan sebagai anemia bila Hb < 14 g/dl dan Ht < 41% pada pria atau Hb < 12 g/dl dan Ht < 37% pada wanita (Candra, 2018)

2.2.2 Etiologi

Penyebab anemia pada kehamilan menurut (Marselina, 2019):

1. Meningkatnya kebutuhan zat besi untuk pertumbuhan janin
2. Kurangnya asupan zat besi pada makanan yang dikonsumsi ibu hamil
3. Pola makan ibu terganggu akibat mual selama kehamilan
4. Adanya kecenderungan rendahnya cadangan zat besi (Fe)
5. Pada wanita akibat persalinan sebelumnya dan menstruasi.

Faktor Resiko Anemia pada Ibu Hamil

1. Umur < 20 tahun atau > 35 tahun
2. Perdarahan akut
3. Pekerja berat
4. Makan < 3 kali dan makanan yang dikonsumsi kurang zat besi

2.2.3 Patofisiologi Anemia

Anemia terjadi apabila sel-sel darah merah sum-sum tulang terganggu atau apabila sel-sel darah merah yang terbentuk rusak atau hilang. Kegagalan sum-sum tulang (misalnya: berkurangnya eritropoesis) dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi beserta pembentukan sel-sel darah merah seperti zat besi, asam total B12, atau kekurangan eritropoetin dikarenakan penyakit ginjal, invasi tumor akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis. Tanda-tanda anemi akan tampak bila kapasitas sel-sel pembawa O₂ berkurang. Anemi yang disebabkan berubahnya produksi pula dirusak oleh

sel-sel pagnosis pada sistem retikuloendotial terutama hati dan lien. Bilirubin juga direaksikan pada kulit yang menyebabkan warna kuning ini merupakan indikator terjadinya kerusakan sel darah merah, sel darah merah yang dikenal sebagai anemia sel berbentuk sabit dan penyakit homolitik pada bayi yang baru lahir. Anemia yang disebabkan oleh kehilangan darah biasanya bersifat sangat cepat. Misalnya: hemoragik atau perdarahan yang terjadi pada penyakit-penyakit kronis seperti kanker atau penyakit peradangan perut, kehilangan sel darah merah pada perdarahan merupakan faktor yang menyebabkan anemia. Pada ibu hamil mengalami perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan adalah oleh karena perubahan sirkulasi yang makin meningkat terhadap plasenta dari pertumbuhan payudara. Volume plasma meningkat 45- 65% dimulai pada trimester ke II kehamilan, dan maksimum terjadi pada bulan ke 9 dan meningkatnya sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm serta kembali normal 3 bulan setelah partus. Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti laktogen plasenta, yang menyebabkan peningkatan sekresi aldesteron (Audrey & Candra, 2016)

2.2.4 Manifestasi Klinis anemia

Gejala anemia pada kehamilan yaitu ibu mengeluh cepat lelah, sering pusing, mata berkunang – kunang, malaise, lidah luka, nafsu makan turun(anoreksia), konsentrasi hilang, nafas pendek,(pada anemia parah), dan keluhan mual muntah pada hamil muda, palpitasi (Aryani, 2017).

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium ditemui :

1. Pemeriksaan Hb Sahli, kadar Hb < 10 mg/%

2. Kadar Ht menurun (normal 37% - 41%)
3. Peningkatan bilirubin total (pada anemia hemolitik)
4. Terlihat retikulositosis dan sferositosis pada apusan darah tepi
5. Terdapat pansitopenia, sumsum tulang kosong diganti lemak

Pada pemeriksaan hasil normal laboratorium pada ibu hamil menurut (Novita & Rachmawati., 2015) :

1. Hamil trimester pertama: 11.6-13.9 gr/dl
2. Hamil trimester kedua: 9.7–14.8 gr/dl
3. Hamil trimester ketiga: 9.5–15.0 gr/dl

2.2.6 Komplikasi

Anemia dapat terjadi pada setiap ibu hamil, karena itulah kejadian ini harus selalu diwaspadai (Rahayu & Suryani, 2018).

1. Anemia yang terjadi saat ibu hamil Trimester I akan dapat mengakibatkan : abortus, missed abortus dan kelainan kongenital.
2. Anemia pada kehamilan trimester II dapat menyebabkan : persalinan prematur, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrauterin sampai kematian, BBLR, gestosis dan mudah terkena infeksi, IQ rendah dan bahkan bisa mengakibatkan kematian.
3. Saat inpartu, anemia dapat menimbulkan gangguan his baik primer maupun sekunder, janin akan lahir dengan anemia, dan persalinan dengan tindakan yang disebabkan karena ibu cepat lelah. Saat post partum anemia dapat menyebabkan: tonia uteri, retensio placenta,

pelukaan sukar sembuh, mudah terjadi febris puerpuralis dan gangguan involusio uteri.

2.2.7 Penatalaksanaan Anemia

1. Terapi oral

Pengobatan anemia biasanya dengan pemberian tambahan zat besi. Sebagian besar tablet zat besi mengandung ferosulfat, besi glukonat atau suatu polisakarida. Tablet besi akan diserap dengan maksimal jika diminum 30 menit sebelum makan. Biasanya cukup diberikan 1 tablet/hari, kadang diperlukan 2 tablet. Kemampuan usus untuk menyerap zat besi adalah terbatas, karena itu pemberian zat besi dalam dosis yang lebih besar adalah sia-sia dan kemungkinan akan menyebabkan gangguan pencernaan dan sembelit. Zat besi hampir selalu menyebabkan tinja menjadi berwarna hitam, dan ini adalah efek samping yang normal dan tidak berbahaya. Biasanya asupan nutrisi yang mengandung zat besi cenderung lebih tinggi pada ibu hamil daripada wanita normal. Umumnya asupan nutrisi meningkat 2 kali lipat daripada wanita normal.

2. Terapi parenteral

Diberikan jika penderita tidak tahan akan obat besi peroral ada gangguan penyerapan penyakit saluran pencernaan atau apabila kehamilannya sudah tua. Terapi parenteral ini diberikan dalam bentuk ferri. Secara intramusculus dapat disuntikan dextran besi (imferon) atau sorbitol besi (Jectofer).

a. Terapi non medika mentosa

Konsumsi makanan yang mengandung banyak zat besi: hati, daging merah, sayuran hijau. Selain itu meningkatkan konsumsi penyerapan besi: buah-buahan

dan sayuran (vitamin c). Menghindari atau menghambat penyerapan besi seperti kopi dan teh, Pemberian tablet vitamin C.

2.2.8 Klasifikasi

Anemia dalam kehamilan dapat dibagi sebagai berikut :

1. Anemia defisiensi besi

Anemia dalam kehamilan yang paling sering dijumpai ialah anemia akibat kekurangan besi. Kekurangan ini dapat disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dengan makanan, karena gangguan resorpsi, gangguan penggunaan, atau karena terlapau banyaknya besi ke luar dari badan, misalnya pada pendarahan. Keperluan akan besi bertambah dalam kehamilan , terutama pada trisemester terakhir. Apabila masuknya besi tidak bertambah dan kehamilan, maka mudah terjadi anemia defisiensi besi, lebih – lebih pada kehamilan kembar.

2. Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik dalam kehamilan disebabkan karena difisiensi asam folat (pteroylglutamic acid, jarang sekali karena difisiensi vitamin B12(cynocobalamin).

3. Anemia Hipoblastik

Anemia pada wanita hamil yang disebabkan karena gangguan sumsum tulang kurang mampu membuat sel – sel darah baru, dinamakan anemia hipoplastik dalam kehamilan. Darah tepi menunjukkan gambar normositer dan normokrom, tidak ditemukan ciri – ciri defisiensi besi, asam folat, atau vitamin B12. Etiologi anemia hipoplastik karena kehamilan hingga kini belum diketahui dengan pasti, kecuali yang disebabkan oleh sepsis, sinar Roentgen, racunatau obat – obatan.

4. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil, apabila hamil maka anemianya akan menjadi lebih berat. Sebaliknya mungkin pula bahwa kehamilan menyebabkan krisis hemolitik pada wanita yang sebelumnya tidak menderita anemia. Secara umum anemia hemolitik dapat dibagi dalam 2 golongan besar, yakni :

- a. Golongan yang disebabkan oleh faktor intrakorpuskuler, seperti pada sferositosis, eliptositosis, anemia hemolitik herediter , thalasemia, anemia sel sabit, hemoglobinopatia C, D, G, H, I, dan paroxysmal nocturnal haemoglobinuria.
- b. Golongan yang disebabkan oleh faktor ekstrakorpuskular , seperti pada infeksi (malaria, sepsis, dsb), keracunan arsenikum , neoarsphenamin, timah, sulfonamid, kinin, paraquin, pimaquin, nitrofuratoin (Furadantin), racun ular pada defisiensi G6PD , antagonismus rhesus atau ABO, leukemia, penyakit Hodgkin, limfasarkoma, penyakit hati, dll.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan KPD disertai Anemia

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2017). Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pengkajian dilakukan sebelum

mendapatkan data lengkap. Data ini di prioritaskan untuk menentukan kondisi ibu dan janin.

1. Identitas pasien

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam medis (RM), tanggal masuk rumah sakit, (MRS), dan tanggal pengkajian, dan kaji identitas penanggung jawab atas pasien.

2. Data kesehatan

Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien biasanya cepat lelah, sering pusing, dan berkunang-kunang, nadi menurun, nyeri pada perut karena ketuban pecah sebelum waktunya

3. Riwayat obstetrik dan ginekologi

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi perdarahan yang banyak atau tidak, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan dan persalinan biasanya ditemui adanya kehamilan berulang, riwayat abortus, riwayat kehamilannya saat ini biasanya anemia ditemukan kehamilan pada usia kehamilan usia muda

4. Riwayat penyakit

Mengkaji riwayat penyakit pada pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarga memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, atau diabetes melitus (DM).

5. Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada pernafasan ditemukan sesah dikarenakan penurunan HB, nutrisi (makan dan minum) ditemukan ibu kurang mengkonsumsi makanan yang kaya nutrisi seperti sayuran berdaun hijau, daging merah dan tidak mengkonsumsi tablet Fe, eliminasi (BAB dan BAK), gerak badan atau aktivitas biasanya ditemukan ibu merasa lemas, istirahat tidur, rasa nyaman (pasien merasakan adanya dorongan meneran, tekanan ke anus, perinium menonjol). Kebersihan diri, rasa aman, pola komunikasi atau hubungan pasien dengan orang lain, ibadah, produktivitas, rekreasi, kebutuhan belajar.

6. Pemeriksaan fisik

Mengkaji keadaan umum pasien terlebih dahulu seperti Glasgow Coma Scale (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik head to toe dari:

- a. Kepala: pemeriksaan pada rambut, telinga, mata konjungtiva anemis, mulut tampak pucat membran mukosa kering, dan leher. Apakah ada kelainan pada bagian tertentu, ada benjolan atau tidak, ada edema atau tidak.
- b. Dada: pemeriksaan pada mammae, areola.
- c. Abdomen: pemeriksaan Leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ).
- d. Genitalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti vaginal toucher (VT), status portio, warna air ketuban.

- e. Ekstremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises, dan sebagainya. Biasanya ditemukan akral teraba dingin

7. Data penunjang

Data penunjang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium Hb menurun, dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

- 1 Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan kadar hemoglobin (Kategori fisiologis Subkategori sirkulasi, D.0009 Hal : 37)
- 2 Ansietas b.d kecemasan ibu terhadap keselamatan janin dan dirinya (Kategori psikologis Subkategori integritas ego, D.0080, Hal : 180)
- 3 Resiko infeksi (Kategori lingkungan Subkategori keamanan dan proteksi, D.0142 Hal : 304)
- 4 Resiko cedera janin (kategori lingkungan Subkategori keamanan dan proteksi D.0138 Hal: 298)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan kadar hemoglobin (Kategori fisiologis Subkategori sirkulasi, D.0009 Hal : 37)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan Perfusi Perifer Meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar hemoglobin dalam (11,5 – 15,0 g/dl) 2. Membran mukosa membaik 3. Warna kulit pucat menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Tanda – tanda vital cukup membaik <p>TD : 110 – 120/ 70-80 mmHg Suhu : 36 – 37,5 ° C Nadi : 80 – 100 x/menit RR : 16 – 22 x/menit SpO2 : 95 – 100 %</p>	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cidera

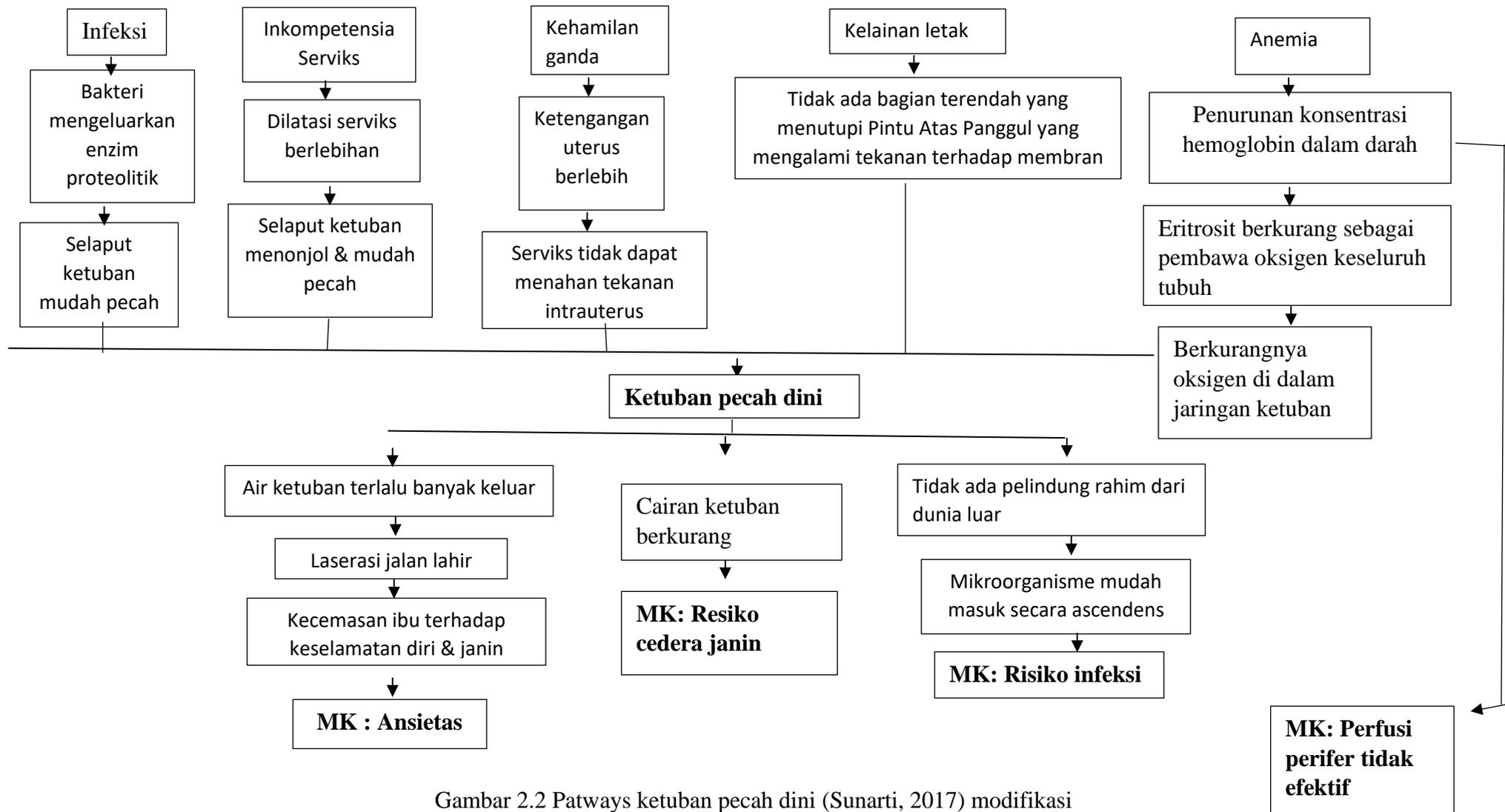
			<ol style="list-style-type: none">4. Lakukan pencegahan infeksi5. Lakukan perawatan kaki dan kuku6. Lakukan hidrasi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan berhenti merokok2. Anjurkan berolahraga rutin3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta7. Anjurkan melahkukan perawatan kulit yang tepat(mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)
--	--	--	---

			<p>8. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler</p> <p>9. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3)</p> <p>10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p>
2	<p>Ansietas b.d kecemasan ibu terhadap keselamatan janin dan dirinya (Kategori psikologis Subkategori integritas ego, D.0080, Hal : 180)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Frekuensi pernapasan menurun 5. Frekuensi nadi menurun 6. Tekanan darah menurun 7. Konsentrasi membaik 8. Pola tidur membaik 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi

			<p>situasi yang memicu kecemasan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin di alami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien (suami) 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 5. Latih teknik relaksasi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
3.	Resiko Infeksi (Kategori lingkungan Subkategori keamanan dan proteksi, D.0142 Hal : 304)	<p>Setelah diberikan intervensi maka diharapkan ekspektasi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun 	<p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala dari infeksi

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p><i>Kolaborasi :</i> Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
4.	Resiko cedera janin (kategori lingkungan Subkategori keamanan dan proteksi D.0138 Hal: 298)	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan maka diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kejadian cedera menurun (DJJ membaik 120-160x/menit) - Frekuensi gerak janin membaik - Berat badan membaik <p>Tanda – tanda vital dalam rentang normal</p>	<p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko kehamilan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dampingi ibu saat merasa cemas 2. Diskusi ketidaknyamanan kehamilan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan resiko janin mengalami kelahiran prematur 2. Anjurkan cara menghitung gerakan janin <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan

2.4 WOC



Gambar 2.2 Patways ketuban pecah dini (Sunarti, 2017) modifikasi (Audrey & Candra, 2016)

