

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny.R DENGAN  
G4P2A1 UK 20/21 MINGGU KETUBAN PECAH PREMATUR  
DI RUANG VK IGD RSPAL Dr RAMELAN SURABAYA**



**OLEH:**  
**REGYNA DWISAFITRI**  
**NIM 212.0010**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SURABAYA  
2024**



**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny.R DENGAN  
G4P2A1 UK 20/21 MINGGU KETUBAN PECAH PREMATUR  
DI RUANG VK IGD RSPAL Dr RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
gelar Ahli Madya Keperawatan**



**OLEH:  
REGYNA DWISAFITRI  
NIM 212.0010**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SURABAYA  
2024**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Surabaya, 10 Mei 2024**



**REGYNA DWI SAFITRI**  
NIM 212.0010

**REGYNA DWI SAFITRI**  
**NIM 212.0010**

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : REGYNA DWI SAFITRI

NIM : 212.0010

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny.R dengan G4P2A1

Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami akan menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

**Surabaya, 10 Mei 2024**

**Pembimbing**



**Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes**

**NIP: 03067**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 10 Mei 2024

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

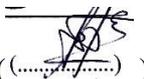
Nama : Regyna Dwi Safitri  
NIM : 2120010  
Program studi : D-III Keperawatan  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. R Dengan G4P2A1 20/21 Minggu Ketuban Pecah Prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr RAMELAN SURABAYA

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Jum'at, 10 Mei 2024  
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dr. Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep (  )  
NIP. 03010

Penguji I : Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat. (  )  
NIP. 03025

Penguji II : Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes (  )  
NIP. 03067

**Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan**



**Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 10 Mei 2024

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melaksanakan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes, Dr. Setiadi, Skep., Ns., M.kep dan Dr. Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku puket 1, 2 dan 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya menyelesaikan Pendidikan
3. dr. Sujoko Purnomo, Sp.B., selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan salam kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
4. Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan

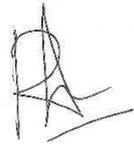
dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Ibu Dr. Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat., selaku penguji I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Kepada orangtua penulis, Bapak dan Ibu yang selalu menyertakan doa untuk penulis agar bisa mencapai tujuan serta cita – cita penulis.
10. Kepada Kakak Penulis, Bripda Aditya Nugroho, S.Kep, yang selalu memberikan semangat untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini serta menemani dan mendukung penulis mulai dari awal kuliah sampai saat ini.
11. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, penulis hanya bisa berdoa kepada Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya

Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 10 Mei 2024



Regyna Dwi Safitri

## DAFTAR ISI

<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	5
1.5.3 Sumber Data .....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Kehamilan.....	7
2.1.1 Definisi Kehamilan .....	7
2.1.2 Fisiologi Kehamilan.....	8
2.1.3 Tanda dan gejala Kehamilan .....	9
2.2 Konsep Ketuban Pecah Prematur.....	21
2.2.1 Definisi Ketuban Pecah Prematur.....	21
2.2.2 Klasifikasi.....	21
2.2.3 Etiologi.....	22
2.2.4 Tanda dan Gejala .....	23
2.2.5 Patofisiologi.....	24
2.2.6 Komplikasi.....	25
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	25
2.2.8 Pencegahan .....	27
2.2.9 Penatalaksanaan .....	27
2.2.10 Dampak masalah .....	30
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Prematur.....	31
2.3.1 Pengkajian .....	31
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	42
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	43
2.3.4 Implementasi Keperawatan .....	46
	viii
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	46
2.4 Kerangka Masalah Keperawatan .....	47

<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>48</b>
3.1 Pengkajian .....	48
3.1.1 Identitas Pasien .....	48
3.1.2 Riwayat Kesehatan Saat ini .....	48
3.1.3 Genogram Pasien .....	49
3.1.4 Riwayat Keperawatan .....	50
3.1.5 Pemeriksaan Penunjang.....	54
3.2 Analisa Data .....	55
3.3 Prioritas Masalah .....	56
3.4 Intervensi Keperawatan.....	57
3.5 Implementasi Keperawatan .....	61
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>	<b>75</b>
4.1 Pengkajian .....	75
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	76
4.3 Intervensi keperawatan.....	77
4.4 Implementasi Keperawatan .....	78
4.5 Evaluasi Keperawatan .....	80
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>81</b>
5.1 Simpulan.....	81
5.2 Saran.....	82
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Riwayat Obstetri.....	50
Tabel 3.2 Laboratorium.....	54
Tabel 3.3 Analisa Data.....	55
Tabel 3.4 Prioritas Masalah.....	56
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan .....	57
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	61

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Masalah .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 3.1 Genogram Pasien.....	49

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Pemeriksaan Dengan Kertas Lakmus.....	87
Lampiran 2 Leopold.....	89

## DAFTAR SINGKATAN

AFI	: <i>Amniotic Fluid Index</i>
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
CM	: Centimeter
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DPP PPNI	: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GPA	: Gravidita Paritas Abortus
VK	: Verlos Kamer Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intramuskuler
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IV	: Intravena
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KPP	: Ketuban Pecah Prematur
MG	: Miligram
MmHg	: <i>Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)</i>
NS	: Normal Saline
NST	: <i>Non Stress Test</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
PH	: <i>Potensial Hydrogen</i>
PPROM	: <i>Preterm Premature Rupture of the Membrane</i>
PRQRST	: Provokatif, Kualitas, Region, Skala, Timing
PROM	: <i>Premature Rupture of the Membrane</i>
POGI	: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif
PTT	: Peregangan Tali pusat Terkendali
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RL	: Ringer Laktat

RR	:	<i>Respiratory Rate</i>
RSI	:	Rumah Sakit Islam
RSPAL	:	Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
SC	:	<i>Sectio Caesarea</i>
SDKI	:	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	:	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	:	Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SPO2	:	<i>Saturation of Peripheal Oxygen</i>
S1-S2	:	Suara 1 - Suara 2
TBJ	:	Tafsiran Berat Janin
TD	:	Tekanan Darah
TFU	:	Tinggi Fundus Uteri
TPM	:	Tetes Permenit
TTV	:	Tanda Tanda Vital
UK	:	Usia Kehamilan
USG	:	<i>Ultrasonografi</i>
VT	:	<i>Vagina Toucher</i>
WIB	:	Waktu Indonesia Barat

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Ketuban pecah prematur merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada periode kehamilan. Ketuban pecah dini (KPD) atau sering disebut dengan Premature Rupture of the Membrane (PROM) merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan (Rohmawati, 2018). Sebagian besar ketuban pecah dini yang terjadi pada umur kehamilan diatas 37 minggu, sedangkan pada umur kehamilan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Lazuarti, 2020). Ketuban pecah dini menyebabkan dampak yang serius pada morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi yang dikandungnya, sehingga dapat menyebabkan angka kematian neonatal cukup tinggi (Legawati, 2018). Angka kejadian KPD terjadi lebih tinggi pada wanita dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, janin kembar atau adanya infeksi pada serviks atau vagina (Sudarmi, 2013). Masalah keperawatan yang sering muncul akibat ketuban pecah dini yaitu ibu mengalami ansietas, ibu merasa khawatir dengan kondisi kehamilannya akan berisiko pada bayinya, resiko infeksi juga dapat terjadi pada ibu dan bayi. Pada ibu dapat terjadi korioamnionitis, sedangkan pada bayi dapat terjadi septicaemia, pneumonia, omfelitis (Sarwono, 2013).

World Health Organization menunjukkan bahwa angka kejadian ketuban pecah prematur tahun 2020 sebanyak 13,4 juta (WHO, 2020). Laporan Kementerian Kesehatan Indonesia Tahun 2020 angka kejadian ketuban pecah prematur sebanyak 13,1% dari jumlah persalinan, pada tahun 2021 terjadi peningkatan jumlah kejadian

ketuban pecah prematur di Indonesia menjadi 14,6% (Kemenkes, 2021). Di Jawa Timur angka kejadian ketuban pecah prematur menunjukkan sebanyak 4,07 % (Risksedas, 2018). Kejadian pada kehamilan aterm sebanyak 6% - 19%, sedangkan kejadian pada kehamilan preterm mencapai 2% dari semua kehamilan (Syarwani et al., 2020). Berdasarkan data di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapatkan hasil kejadian ketuban pecah prematur pada tahun 2023 sebanyak 14,2% atau sebanyak 96 kasus dari 674 kasus kehamilan dengan KPP. Risiko Cedera Janin menjadi masalah keperawatan utama pada kasus ketuban pecah prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Penyebab ketuban pecah dini diantaranya yaitu adanya infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban atau asenderen dari vagina atau serviks. Selain itu fisiologi selaput ketuban yang abnormal, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, faktor golongan darah, faktor multigraviditas/paritas, merokok, keadaan sosial ekonomi, perdarahan antepartum, riwayat abortus, dan persalinan preterm sebelumnya, riwayat KPP sebelumnya, defisiensi gizi yaitu tembaga atau asam askorbat, ketegangan rahim yang berlebihan, kesempitan panggul, kelelahan ibu dalam bekerja, serta trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis (Nugroho, 2012).

Komplikasi yang dapat terjadi dari ketuban pecah dini yaitu dapat mengakibatkan infeksi perinatal, kompresi tali pusat, solusio plasenta, serta adanya sindrom distress pada napas bayi baru lahir (Ratnawati, 2016). KPD akan berisiko terhadap terjadinya oligohidramnion yang dapat menekan tali pusat sehingga dapat

terjadi asfiksia (Prastuti, 2016). Akibat lain yang terjadi adalah necrotizing enterocolitis, perdarahan intraventrikular, sepsis neonatorum, serta dapat terjadi kematian, sedangkan komplikasi pada jangka panjang dapat mengakibatkan kecacatan (Prabantori, 2011).

Tindakan konservatif (mempertahankan kehamilan) kolaborasi dengan dokter diantaranya dalam pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi, tokolisis, pematangan paru, monitoring fetal dan maternal. Tindakan aktif (terminasi/ mengakiri kehamilan) yaitu dengan partus pervagina atau SC (Fadlun, 2011). Selain itu, untuk mengatasi permasalahan tersebut maka peran perawat sangat dibutuhkan dalam pemberian asuhan keperawatan maternitas agar penanganan ketuban pecah dini dapat sesuai dengan keadaan yang ada dan dapat memperkecil resiko terjadinya komplikasi (Ratnawati, 2016). Perawat juga dapat memberikan edukasi kepada ibu hamil dan keluarga tentang penyebab yang dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini dan tanda bahaya ketuban pecah dini. Untuk mencegah terjadinya ketuban pecah dini ibu hamil dianjurkan untuk mengurangi aktivitas pada akhir trimester ke 3 dan tidak melakukan kegiatan yang membahayakan kandungan selama kehamilan. Asuhan keperawatan maternitas yang diberikan memerlukan serangkaian proses keperawatan yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan, serta implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan. Oleh karena itu penulis melakukan penyusunan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny. R dengan G4P2A1 Umur Kehamilan 20/21 Minggu dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan Ny.R dengan G4P2A1 uk 20/21 Minggu dengan ketuban pecah prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan pengkajian dan melakukan proses asuhan keperawatan maternitas dengan G4P2A1 uk 20/21minggu dengan ketuban pecah prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Maternitas Ny. R dengan diagnose G4P2A1 Uk 20/21 minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa Keperawatan Maternitas Ny. R dengan diagnosa G4P2A1 Ketuban Pecah Prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun tindakan Keperawatan Maternitas Ny. R dengan diagnosa G4P2A1 Ketuban Pecah Prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan Keperawatan Maternitas Ny. R dengan diagnose G4P2A1 Ketuban Pecah Prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi tindakan Keperawatan Maternitas Ny. R dengan diagnose G4P2A1 Ketuban Pecah Prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr.

Ramelan Surabaya

6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Ny. R dengan diagnose G4P2A1 Ketuban Pecah Prematur Di Ruang VK IGD RSPAL Dr.

Ramelan Surabaya

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini ketuban pecah prematur sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien postpartum di rumah agar disability tidak berkepanjangan.

#### **1.5 Metode Penulisan**

##### **1.5.1 Metode**

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

##### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

#### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien.

#### 2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### **1.5.4 Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing terdiri dari :

Bab 1: Pendahuluan berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan masalah penulisan, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

Bab 2: Tinjauan Pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan ketuban pecah prematur.

Bab 3: Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4: Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan di lapangan.

Bab 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

3. Bab akhir berisi tentang daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi Konsep kehamilan, konsep ketuban pecah prematur, konsep asuhan keperawatan ketuban pecah prematur, kerangka masalah keperawatan ketuban pecah prematur.

#### **2.1 Konsep Kehamilan**

##### **2.1.1 Definisi Kehamilan**

Kehamilan menurut Lowdermilk, Carry & Passion (2013) adalah peristiwa yang didahului oleh bertemunya ovum (sel telur) dengan spermatozoa (sel sperma) yang berlangsung selama 9 bulan lebih atau 40 minggu atau selama 280 hari yang dihitung dari hari pertama haid pada haid terakhir (HPHT).

Definisi kehamilan lebih terperinci lagi menurut Bobak, Lowdermilk, Jensen, (2005) menyatakan bahwa kehamilan merupakan proses kesinambungan yang mata rantainya diawali dari ovulasi, konsepsi, implantasi dan plasentasi. Kehamilan secara normal dikategorikan berdasarkan umur kehamilan yaitu kehamilan trimester I dengan umur kehamilan 0 sampai 12 minggu, kehamilan trimester II dengan umur kehamilan 12 sampai 28 minggu dan kehamilan trimester III dengan umur kehamilan 29 sampai 40 minggu.

Mata rantai kehamilan melibatkan unsur-unsur yaitu:

#### **1. Ovum**

Ovum atau sel telur merupakan hasil ovulasi dari ovarium. Ovum selanjutnya akan ditangkap oleh fimbriae dan masuk ke tuba falopi yang selanjutnya akan menuju rahim (proliferasi) akibat pengaruh hormone estrogen yang dihasilkan oleh ovum. Jika tidak ada pembuahan (konsepsi) maka dinding rahim akan mengalami peluruhan

(Billing, 2010).

## 2. Sperma

Sperma adalah sel reproduksi pria yang mengandung kromosom. Proses ejakulasi merupakan proses pengeluaran sperma pada saat melakukan hubungan seksual. Sperma yang dikeluarkan akan menuju rahim dan selanjutnya akan menuju tuba falopi untuk melakukan pembuahan (konsepsi) pada ovum. Hasil dari konsepsi akan tumbuh dan berkembang menjadi embrio manusia.

### 2.1.2 Fisiologi Kehamilan

#### 1. Konsepsi (Fertilisasi)

Proses pembuahan dengan cara meleburnya inti sel gamet sperma dengan inti sel gamet ovum sehingga menghasilkan sel baru yang disebut zigot. Zigot sebagai hasil dari proses pembuahan selanjutnya berkembang menjadi embrio, morula dan sel blastocyst.

#### 2. Implantasi

Pada hari ke 7 sampai hari ke 10 setelah konsepsi, sel blastocyst akan menetas (hatching) dan melekatkan dirinya pada uterus bagian endometrium. Pada saat ini trofoblas mensekresi enzim yang membantu membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastocyst tertutup (Arminid kk, 2016).

#### 3. Placentasi

Pembentukan plasenta (placentasi) adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta dalam proses kehamilan. Plasenta pada ibu hamil terjadi pada saat 12 sampai 18 minggu pasca konsepsi. Placentasi dimulai dari bentuknya vili korealis, yang selanjutnya akan tumbuh menjadi jaringan yang dinamakan plasenta (Saifuddin, 2014).

### 2.1.3 Tanda dan gejala Kehamilan

#### 1. Tanda tidak pasti hamil

Tanda yang tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dan pengakuan dan atau yang dirasakan oleh Wanita hamil. Tanda tidak pasti ini terdiri atas beberapa hal berikut ini:

##### a. Amenore

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi, sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan tetapi, amenore juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitary, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

##### b. Mual muntah

Pengaruh estrogen pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila sering terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

##### c. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya usia kehamilan.

##### d. Synope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan synope/pingsan. Hal ini sering

terjadi terutama jika berada di tempat ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e. Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f. Payudara tegang

Estrogen dapat meningkatkan perkembangan system ductus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan system alveolar payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

g. Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dengan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering terjadi pada trimester pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada trimester kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

i. Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

j. Epulusi

Hipertropi papilla gingivae/gusi, sering terjadi pada trimester pertama.

k. Varises/penumpukan pembuluh darah vena

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita eksternal. Kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

2. Tanda kemungkinan

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik pada Wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut:

a. Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b. Tanda Hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

c. Tanda Goodel

Tanda goodel atau pelunakan servik. Pada wanita yang tidak hamil servik seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

d. Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

e. Tanda Piscasceks

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan koornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f. Kontraksi Braxton hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri biasanya

timbul pada kehamilan 8 minggu, tetapi baru dapat diamati pemeriksaan abdomen pada trimester ketiga, kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

g. Teraba ballatoment

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tenaga pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

h. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *Human Chorionic Gonotropin* (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastiksel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran dan ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urin ibu. Hormon ini dapat mulai di deteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari ke 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

3. Tanda Pasti hamil

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut:

a. Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ)

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya : dopler). Dengan stetoskop leanec, DJJ (Denyut Jantung Janin) baru dapat didengar pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b. Gerakan janin

Gerakan ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan baru janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

c. Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (trimester akhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG (*Ultrasonography*).

d. Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (*Ultrasonography*).

4. Status Obstetri

Singkatan GPA dalam dunia kebidanan dan keperawatan maternitas menunjukkan pada status-status obstetric. G atau Gravida menunjukkan jumlah kehamilan, P atau Paritas adalah menunjukkan jumlah kelahiran, A atau abortus adalah menunjukkan seorang perempuan sedang atau telah hamil berapa kali. Jika saat dianamnesis perempuan tersebut sedang hamil maka ikut dalam hitungan ini. Paritas adalah menunjukkan jumlah kehamilan yang mencapai usia kehamilan yang layak (termasuk kelahiran hidup dan lahir mati). Jumlah janin tidak menentukan paritas. Kehamilan kembar yang dibawa usia kehamilan yang layak di hitung 1. Abortus merupakan hitungan jumlah kehamilan kurang dari 20 minggu dengan alasan apapun baik karena induksi maupun keguguran. Graviditas maupun paritas adalah menunjukkan angka seorang perempuan sedang hamil (graviditas) dan jumlah persalinan yang telah dialami.

## 5. Menghitung Usia Kehamilan dan Menghitung Taksiran Persalinan

Untuk menghitung usia kehamilan metode yang banyak digunakan saat ini adalah dengan berpatokan kepada tanggal menstruasi terakhir. Hari Pertama haid Terakhir (HPHT) dianggap sebagai hari pertama usia kehamilan (kelvin Andrian, 2019).

Biasanya seorang wanita akan menjalani kehamilan sekitar 280 hari atau 40 minggu sejak HPHT. Anggapan bahwa HPHT sebagai hari pertama kehamilan tetap dinilai cukup akurat, meskipun biasanya pembuahan baru mulai terjadi sekitar 11-21 hari setelah tanggal tersebut (Kelvin Asrian, 2019).

### a. Cara Menentukan HPL

Mengetahui usia kehamilan sangat penting untuk memperkirakan waktu kelahiran. Ketika hari perkiraan lahir (HPL) sudah ditentukan, tanggal kelahiran bayi berada direntang waktu antara dua minggu sebelum dan dua minggu setelah HPL (Kelvin Adrian 2019).

Untuk cara mengetahui kehamilan, berikut Langkah-langkah yang bisa dilakukan:

#### 1) Berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

Cara populer untuk menghitung kehamilan adalah dengan menentukan tanggal menstruasi terakhir sebelum hamil. Metode ini dikenal dengan nama rumus Naegele. Cara ini dianggap terbaik bagi para wanita yang memiliki siklus haid teratur 28 hari.

Mula-mula tentukan tanggal HPHT kemudian tambahkan 40 minggu dari tanggal tersebut untuk menentukan perkiraan hari

persalinan. Hal ini didasari kepada asumsi bahwa kehamilan biasanya dijalani selama 9 bulan alias 40 minggu atau 280 hari. Dengan mengetahui perkiraan hari kelahiran bayi, maka usia kehamilan bisa diketahui (Kelvin Adrian, 2019). Berikut simulasi perhitungannya:

- a) Tentukan Haari Pertama Haid Terakhir (HPHT)
- b) Tambahkan setahun
- c) Tambahkan 7 hari
- d) Mundurkan 3 bulan

HPHT ini digunakan untuk menghitung perkiraan persalinan, dikenal dengan rumus Naegele yaitu (untuk yang memiliki siklus menstruasi 28 hari):

- a) Hari Perkiraan Lahir (HPL) = tanggal hari pertama haid terakhir + 7, bulan – 3, tahun + 1
- b) Jika bulan tidak bisa dikurangi 3 maka bulan ditambah 9 dan tidak ada penambahan tahun
- c) Hari Perkiraan lahir (HPL) = tanggal Hari Pertama Haid Terakhir = 7, bulan – 3, tahun + 1
- d) Jika tidak bisa dikurang 3 maka bulan ditambah 9 dan tidak ada penambahan tahun (Scientia Inukirana, 2019)

Untuk mengetahui siklus menstruasi selain 28 hari maka rumusnya menjadi:

- a)  $HPL = HPHT + 9 \text{ bulan} + (\text{lama siklus haid} - 21 \text{ hari})$
- b)  $HPL = HPHT + 9 \text{ bulan} + (\text{lama siklus haid} - 21 \text{ hari})$

(Scientia Inukirana, 2019).

## 2) Berdasarkan USG

Pada keadaan dimana cara di atas dianggap tidak memberikan hasil yang akurat, misalnya jika haid tidak teratur, anda dapat mengunjungi dokter untuk menentukan usia kandungan. Dokter kandungan akan melakukan pemeriksaan fisik dan USG transvaginal untuk menentukan usia kehamilan lebih akurat. Hasil USG dalam menghitung usia kehamilan lebih akurat jika dilakukan di masa-masa awal kehamilan. Hal ini karena dalam beberapa minggu pertama, janin cenderung berkembang dengan kecepatan yang sama.

Namun seiring bertambahnya usia kehamilan, tingkat pertumbuhan janin bisa cepat di bulan tertentu, namun bisa lambat di bulan berikutnya. Oleh karena itu, bisa berbeda-beda, pemeriksaan USG yang dilakukan di trimester akhir kehamilan tidak ditujukan untuk menentukan usia janin, melainkan untuk memantau apakah janin tumbuh dengan baik.

Menghitung usia kehamilan memang penting untuk memperkirakan waktu kelahiran bayi. Cara yang paling umum digunakan adalah perhitungan HPHT dan pemeriksaan USG. Namun, hasil keduanya tidak bisa jadi sama, karena masing-masing memiliki kondisi yang berbeda untuk mendapatkan hasil yang akurat. Namun jangan khawatir, dokter kandungan akan terus pemeriksaan menggunakan metode USG, biasanya dilakukan ketika usia kehamilan memasuki usia 4-5 minggu setelah metode menstruasi.

Pemeriksaan USG juga dapat dilakukan oleh wanita yang ingin

mengetahui usia seorang kehamilannya memasuki usia 8-14 minggu. Pemeriksaan USG juga dilakukan untuk mengetahui apakah kehamilan terjadi pada rahim atau diluar rahim. Hal ini untuk mencegah terjadinya hamil ektopik. Metode pemeriksaan USG dapat dilakukan oleh seorang wanita yang memang tidak mengetahui atau lupa hari pertama haid terakhirnya (HPHT).

#### 6. Taksiran Berat Badan Janin

Taksiran berat badan janin intra uterin salah satunya bisa dilakukan dengan pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU). Taksiran berat badan janin intra uteri memiliki arti penting dalam penatalaksanaan persalinan. Ketepatan penaksiran berat badan lahir, akan mempengaruhi ketepatan penatalaksanaan persalinan dan hasilnya sehingga diharapkan dapat mengurangi kematian dan kesakitan pada persalinan (Nurbaity & Rini Safitri, 2019).

Penaksiran berat janin merupakan salah satu tugas untuk dapat memprediksi salah satu kesulitan persalinan yang akan dialami oleh ibu hamil atau upaya apa yang bisa dilakukan oleh bidan jika justru bermasalah adalah bayi yang baru lahir, sehingga dengan diketahuinya perkiraan berat bayi lahir akan dapat melakukan persiapan untuk ibu atau bayi yang akan lahir, disamping kesulitan lainnya misalnya kadar Hb. Lebar panggul dan riwayat persalinan sebelumnya. Metode klinis dengan perhitungan berupa pengukuran lingkaran perut ibu dengan centimeter kemudian dikalikan dengan ukuran fundus uteri dalam centimeter, maka akan didapat taksiran berat badan janin. Metode ini dikenal dengan nama Formula Dare's. Sedangkan

pengukuran taksiran berat badan janin dengan Formula Risanto(Nurbaity & Rini Safitri, 2019).

#### 7. Palpasi Abdomen/Leopold

Pemeriksaan leopold merupakan pemeriksaan fisik abdomen pada ibu hamil dengan menggunakan teknik palpasi. Pemeriksaan leopold ibu hamil merupakan salah satu komponen dari pemeriksaan abdomen pada ibu hamil, sehingga pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan essensial untuk mendiagnosis kehamilan. Palpasi leopold merupakan teknik pemeriksaan pada perut ibu hamil untuk menentukan posisi dan letak janin dengan melakukan palpasi abdomen pada ibu hamil (Arifin, A. 2015).

Berikut merupakan tata cara pemeriksaan leopold 1-4. Sebelum dilakukan pemeriksaan leopold 1-4 lakukan persiapan (Murtiningsih, 2020):

- a. Jelaskan pada ibu hamil terkait prosedur yang akan dilakukan dan jelaskan tujuan
- b. Minta ibu untuk mengosongkan kandung kemih sebelum memulai prosedur,jika ia belum berkemih
- c. Minta ibu untuk berbaring terlentang pada tempat pemeriksaan dengan lutut sedikit ditekuk
- d. Berikan bantal
- e. Berikan privacy dengan menutup tirai
- f. Periksa cuci tangan
- g. Setelah ibu siap,maka lakukan pemeriksaan leopold 1-4 (Reeder, 2011)
  - 1) Leopold 1
    - a) Buka pakaian pasien pada bagian yang akan diperiksa saja

yaitu bagian abdomen (perut ibu) dan berikan selimut

- b) Pemeriksaan berdiri menghadap ke ibu hamil
- c) Setelah mencuci tangan gosok-gosokkan kedua tangan, lalu secara perlahan letakkan kedua tangan pada abdomen
- d) Lakukan palpasi pada abdomen dengan cara menyusui tangan dari abdomen bagian bawah sampai ke fundus
- e) Pastikan apakah bagian yang dipalpasi pada bagian fundus ibu itu bagian kepala janin atau bokong dengan memantau konsistensi, bentuk dan mobilitasnya. Jika bagian kepala keras membulat, jika lunak itu kemungkinan bagian bokong
- f) Mengukur tinggi fundus uteri (TFU) dengan menggunakan meteran (pita mengukur) mulai dari bagian symphysis sampai ke fundus.

## 2) Leopold 2

- a) Menghadap ke bagian ibu, letakkan kedua tangan pada sisi kiri dan kanan abdomen ibu hamil
- b) Tahan satu tangan di satu sisi abdomen ibu hamil, sementara permukaan jari tangan yang lain secara bertahap memalpasi abdomen ibu pada sisi yang lain dari bagian bawah uterus sampai dengan fundus
- c) Rasakan bagian-bagian yang dipalpasi, jika bagian yang dipalpasi terasa keras seperti papan maka itu merupakan bagian punggung janin, jika tidak terasa keras atau terasa bagian kecil maka itu ekstermitas janin

- d) Ulangi tindakan no 3 pada sisi abdomen yang lain. Tangan yang telah digunakan untuk memalpasi tetap diam di tempat dan tangan lainnya melakukan palpasi
  - e) Tentukan bagian mana yang teraba keras, jika yang teraba keras pada bagian kanan ibu hamil maka letak punggung kanan (puka), jika yang teraba keras memanjang keras seperti papan pada bagian kiri, maka posisi janin punggung kiri (puki)
- 3) Leopold 3
- a) Pegang bagian bawah abdomen secara mantap, tepat diatas simpisis pubis diantara ibu jari dan jari lainnya
  - b) Tekan ibu jaro dan jari-jari tangan lainnya secara bersamaan sebagai usaha untuk memegang bagian presentasi janin
  - c) Rasakan apakah kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP)
- 4) Leopold 4
- a) Berdiri menghadap ke kaki ibu
  - b) Letakkan ujung jari kedua tangan pada kedua sisi garis tengah sekitar 2 inch di atas ligament inguinal
  - c) Beri tekanan menurun dan searah dengan saluran lahir, gerakkan jari bersamaan
  - d) Tentukan apakah bagian bawah janin sudah memasuki pintu atas panggul dan seberapa bagian yang masuk ke pintu atas panggul

- e) Jika kedua tangan didapatkan divergen berarti kepala sudah melewati pintu atas panggul
- f) Jika kedua tangan pada pinggir kepala konvergen berarti kepala belum masuk pintu atas panggul (Deswani, 2019).

## **2.2 Konsep Ketuban Pecah Prematur**

### **2.2.1 Definisi Ketuban Pecah Prematur**

Ketuban Pecah Prematur (KPP) atau Ketuban Pecah Dini (KPD) secara teknis didefinisikan sebagai pecah ketuban spontan sebelum awitan persalinan, terlepas dari usia kehamilan (Kennedy, 2014). Ketuban pecah dini dikenal dengan istilah *Premature/Spontaneous/Early Rupture of Membrane (PROM)* adalah pecah selaput ketuban secara spontan sebelum adanya tanda persalinan atau dimulainya tanda inpartu pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu (Jazayeri, 2015). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu, yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2012).

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan yang merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan (Mansjoer dalam Norma dan Dwi, 2013). Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini merupakan pecahnya atau keluarnya cairan ketuban secara spontan dari jalan lahir sebelum adanya tanda persalinan dan sebelum dimulainya tanda inpartu dengan pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm.

### **2.2.2 Klasifikasi**

Klasifikasi ketuban pecah dini dibedakan menjadi 2, yaitu :

1. Ketuban Pecah Dini Preterm / Preterm Premature Rupture of the Membrane

(PPROM) Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban pada saat umur kehamilan ibu antara 34 minggu sampai kurang dari 37 minggu (POGI, 2016).

2. Ketuban Pecah Dini Aterm / Premature Rupture of the Membrane (PROM)  
Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm merupakan pecahnya ketuban pada saat umur kehamilan ibu  $\geq 37$  minggu (POGI, 2016).

### 2.2.3 Etiologi

Penyebab ketuban pecah prematur masih belum diketahui secara pasti. Namun beberapa faktor predisposisi yang berhubungan dengan kejadian KPP antara lain, yaitu:

1. Infeksi vagina atau serviks  
Infeksi seperti gonorrhea, streptococcus, group B dan *gardnerella vaginalis*, *bacterioides fragilis*, *lactobacilli*, *shaphylococcus*. Bakteri ini melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan adanya pembukaan dan perubahan serviks dan pecahnya selaput ketuban.
2. Serviks yang inkompetensia  
Kanal servikal yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
3. Tekanan intrauterine  
Tekanan intrauterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) pada usia lebih dari 37 minggu sering mengalami KPP.
4. Keadaan fetus yang abnormal  
Kelainan letak janin dalam rahim, misalnya letak sungsang atau letak lintang dapat menyebabkan KPP.

5. Trauma yang didapat

Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi.

6. Riwayat KPP

Ibu hamil yang memiliki riwayat KPP pada kehamilan sebelumnya beresiko 2- 4 kali mengalami KPP kembali akibat adanya penurunan kandungan kolagen dan membran sehingga memicu terjadinya KPP.

7. Makrosomia

Berat badan neonates >4000gram menimbulkan over distensi uterus yang mengakibatkan uterus menipis/selaput merangsang dan pecah.

8. Hiperoftalitas

Kontraksi otot uterus rahim menjadi meningkat yang menekan selaput amnion

9. Faktor lain:

- a. Faktor golongan darah yang tidak sesuai menimbulkan kelemahan bawaan pada bayi, termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
- c. Faktor multi graviditas, merokok, dan perdarahan antepartum.
- d. Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C) (Nugroho, 2012).

#### **2.2.4 Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala ketuban pecah dini, antara lain:

1. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.

2. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
3. Cairan yang mengalir tidak berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.
4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Nugroho, 2012).

### **2.2.5 Patofisiologi**

Pecahnya selaput ketuban dalam persalinan umumnya disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimiawi yang menyebabkan selaput ketuban menjadi rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban sudah rapuh. Ada keseimbangan antara sintesis dan degradasi matriks ekstraseluler. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan ketuban pecah (Saifuddin, 2014).

Terjadi peningkatan pada periodonitis dan ketuban pecah dini cenderung terjadi. Selaput ketuban sangat kuat pada awal kehamilan. Pada trimester ketiga, selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran rahim, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester akhir, terjadi perubahan biokimiawi pada selaput ketuban (Saifuddin, 2014).

### **2.2.6 Komplikasi**

Komplikasi yang dapat terjadi akibat ketuban pecah dini yaitu :

1. Komplikasi pada Ibu
  - a. Infeksi intrapranatal dalam persalinan
  - b. Infeksi puerperalis/masa nifas
  - c. Dry labour (partus lama)
  - d. Perdarahan postpartum
  - e. Meningkatkan tindakan operatif obstetric khususnya SC Morbilitas dan mortalitas maternal (Rahmawati 2014 dalam Izati 2020).
2. Komplikasi pada Janin
  - a. Prematuritas.
  - b. Masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah respiratory distress syndrome, hipotermia. Neonatal Feeding Problem, dan
  - c. Prolaps funiculi (penurunan tali pusat) hipoksia dan afiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi).
  - d. Sindrom deformitas janin.
  - e. Morbilitas dan mortalitas perinatal (Rahmawati 2014 dalam Izati 2020).

### **2.2.7 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus KPD, yaitu :

1. Pemeriksaan Laboratorium
  - a. Tes Lakmus (tes nitrazin)
    - 1) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsistensi, bau, dan pHnya.

- 2) Cairan yang keluar dari vagina ini adalah kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina.
- 3) Secret vagina ibu pH: 4,5-5,5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kering
- 4) Tes lakmus jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan
- 5) adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5. Darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes palsu (Nugroho, 2012).

Bahan yang digunakan sebagai indikator pH adalah kertas litmus atau kertas lakmus, alat ukur ini digunakan karena sifat membrane permeabilitas tangan terserap dan memberikan perubahan warna, informasi yang didapatkan dengan metode ini adalah kuantitatif yaitu ketuban pecah atau belum, dikatakan ketuban positif apabila kertas lakmus berwarna merah berubah warna menjadi biru (basa) atau kertas lakmus biru berubah warna menjadi merah (Pratiwi, 2018).

1. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis
2. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)  
Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
  - a. Amniotic Fluid Index (AFI)
  - b. Aktivitas janin
  - c. Pengukuran berat badan janin

- d. Detak jantung janin
- e. Kelainan kongenital atau deformitas

### **2.2.8 Pencegahan**

Pencegahan ketuban pecah dini terbagi 2 yaitu:

#### **1. Pencegahan primer**

Untuk mengurangi terjadinya pecah ketuban dini, dianjurkan bagi ibu hamil untuk mengurangi aktivitas pada akhir trimester kedua dan awal trimester ke 3, serta tidak melakukan kegiatan yang membahayakan kandungan selama kehamilan. Ibu hamil juga harus di edukasi supaya berhenti merokok dan minum alkohol. Berat badan ibu sebelum kehamilan juga harus cukup mengikuti Indeks Massa Tubuh (IMT) supaya tidak berisiko timbul komplikasi. Selain itu, pasangan juga di edukasi agar menghentikan koitus pada trimester akhir kehamilan bila ada faktor predisposisi (Hasan, 2021).

#### **2. Pencegahan sekunder**

Mencegah infeksi intrapartum dengan antibiotika spektrum luas : gentamicin IV 2 x 80 mg, ampicillin IV 4 x 1 mg, amoxicillin IV 3 x 1 mg, penicillin IV 3 x 1,2 juta iu, metronidazol drip. Pemberian kortikosteroid pada ibu bisa menimbulkan kontroversi, karena di satu pihak dapat memperburuk keadaan ibu karena menurunkan imunitas di lain pihak dapat menstimulasi pematangan paru janin (surfaktan) (Hasan, 2021).

### **2.2.9 Penatalaksanaan**

Penanganan ketuban pecah dini pada kehamilan, yaitu :

#### **1. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm**

- a. Rawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenbreg, tidak

perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan mencapai 37 minggu.

- b. Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazole 2x500 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. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin dan kalau memungkinkan periksa kadar listin dan spingomielin tiap minggu. Sediaan terdiri atas betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari atau deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.
  - e. Jika usia 32-37 minggu belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa (-) beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
  - f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan antibiotik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam.
  - g. Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi
  - h. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine) bergantung pada usia janin dan risiko infeksi (Lockhart dan Lyndon, 2014).
2. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm
- a. Kehamilan >37 minggu induksi dengan oksitosin bila gagal SC.

Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

b. Bila ada tanda-tanda infeksi beri antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri dengan :

1) Induksi persalinan Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan. Sebelum melakukan induksi persalinan maka harus dihitung untuk melihat seberapa matangnya serviks

a) Bila skor pelvic <5 lakukan pematangan serviks kemudian induksi jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan SC.

b) Jika skor >5, maka lakukan induksi persalinan, partus pervaginam

c) Jika skor  $\geq 6$ , maka induksi cukup dilakukan dengan oksitosin

d) Jika  $\leq 5$  maka matangkan dulu serviks dengan prostaglandin atau cateter folley.

2) Persalinan secara normal/pervaginaan adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi.

3) Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

3. Penatalaksanaan lanjutan

a. Kaji denyut jantung janin setiap jam, suhu, nadi setiap 2 jam.

- b. Lakukan DJJ setiap jam sebelum persalinan.
- c. Hindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu untuk menghindari terjadinya infeksi (Lockhart dan Lyndon, 2014).

### **2.2.10 Dampak masalah**

Menurut Masruroh (2019), ketuban pecah dini akan menimbulkan dampak terhadap klien maupun keluarga, diantaranya yaitu :

#### 1. Terhadap klien

##### a. Bio

Pada klien ketuban pecah dini terjadi perubahan pada tubuhnya, biasanya ibu dapat beraktivitas seperti biasa, namun saat ketuban pecah sebelum waktunya ibu diharuskan banyak istirahat. Hal itu menyebabkan ibu lelah karena harus memperbanyak istirahatnya dan membatasi aktivitasnya.

##### b. Psiko

Klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh keluarnya ketuban sebelum waktu persalinan, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta takutnya terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada janin dan dirinya.

##### c. Sosio

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak sebentar dan juga perasaan dan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti

kebutuhannya sendiri seperti biasanya.

d. Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri dan ketidakmampuannya.

2. Terhadap keluarga

Masalah yang timbul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang mengalami masalah ketuban pecah dini yaitu timbulnya kecemasan akan keadaan klien dan janinnya, apakah nanti akan dapat hidup normal ketika dilahirkan atau dapat mengalami kematian. Koping yang tidak efektif dapat ditempuh keluarga. Untuk itu, peran perawat sangat penting dalam memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selain itu, keluarga harus dapat menanggung semua biaya perawatan dan operasi klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga.

Masalah - masalah diatas timbul saat klien masuk rumah sakit, sedangkan masalah juga bisa timbul saat klien pulang dan tentunya keluarga harus dapat merawat klien secara mandiri dan juga memenuhi kebutuhan klien. Hal ini dapat mengakibatkan beban keluarga semakin bertambah dan dapat menimbulkan konflik dalam keluarga.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Prematur**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan (Prawirohardjo,

2016). Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas :

### 1. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi (Wiknjosastro, 2016).

#### a. Identitas

- 1) Nama: dikaji untuk mengenal dan mengetahui nama pasien agar tidak keliru dalam memberikan asuhan keperawatan.
- 2) Umur: untuk mengetahui umur pasien, pada ibu yang sangat rentan terjadi ketuban pecah dini yaitu usia 35 tahun keatas.
- 3) Agama: sebagai keyakinan individu untuk proses kesembuhannya.
- 4) Suku/bangsa: dikaji untuk mengetahui kebiasaan-kebiasaan atau adat istiadat yang mempengaruhi kesehatan.
- 5) Pendidikan: dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien, semakin tinggi tingkat pendidikan pasien maka semakin mudah pasien menerima informasi dari petugas kesehatan.
- 6) Pekerjaan: dikaji untuk mengukur dan mengetahui tingkat sosial ekonominya. Semakin berat pekerjaan, maka resiko terjadinya ketuban pecah dini akan semakin besar.
- 7) Alamat: dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Pada kasus ibu dengan ketuban pecah dini keluhan yang muncul adalah ibu mengatakan keluar cairan merembes dari kemaluannya, keluar bercak banyak dari vagina, perut mules (Nugroho, 2012)

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui penyebab terjadinya masalah yang dialami pasien, mengetahui sejak kapan cairan ketuban merembes, warna cairan ketuban, berapa banyak cairan ketuban yang keluar dan mengetahui masalah atau komplikasi lain yang muncul pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini.

3) Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui tentang pertama kali pasien pasien mendapatkan menstruasi (menarche), teratur atau tidak, siklus haid, lama menstruasi, banyaknya darah dan sifat darah (cair atau ada gumpalan), disminorhoe atau tidak, haid pertama haid terakhir.

4) Riwayat Kehamilan

Dikaji untuk mengetahui jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan atenatal, persalinan prematur, keguguran, persalinan dengan tindakan, riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya.

5) Riwayat Persalinan

Hal yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, karena bila menikah tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya.

6) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut Keluarga Berencana dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, ada keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

7) Riwayat Kesehatan Dahulu

Dikaji untuk mengetahui apakah ada hubungan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien pada saat ini.

8) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dikaji untuk mengetahui apakah ada penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, diabetes mellitus, hipertensi, jantung, dan riwayat penyakit yang menular lainnya.

9) Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Mengetahui kecukupan asupan gizi selama hamil, bagaimana menu makanan, frekuensi makan, jumlah per hari dan juga untuk mengetahui bagaimana pasien mencukupi kebutuhan cairan selama hamil meliputi jumlah per hari, frekuensi minum, dan jenis dari minuman tersebut (Ratnawati, 2016).

2) Personal Hygiene

Data ini dikaji untuk mengetahui tentang kebiasaan pasien

mengenai cara perawatan diri dengan kesehatan dirinya, meliputi mandi, keramas, ganti baju atau celana dalam, kebersihan kuku, gosok gigi (Ratnawati, 2016).

3) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, warna dan bau, serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Ratnawati, 2016).

4) Pola Aktivitas dan Istirahat/tidur

Dikaji untuk mengetahui aktivitas ibu apakah terlalu membuat ibu merasa lelah, waktu istirahat ibu baik siang maupun malam hari (Ratnawati, 2016).

5) Aktivitas Sexual

Mengkaji tentang berapa kali pasien melakukan hubungan sexual dalam satu minggu, apakah ada gangguan atau keluhan saat berhubungan sexual dengan suami (Ratnawati, 2016)

6) Pola Psikososial Budaya

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang menguntungkan atau merugikan pasien, misalnya kebiasaan pantangan makanan atau kebiasaan yang tidak diperbolehkan selama hamil dalam adat masyarakat setempat. Pada kasus ketuban pecah dini mitos atau adat yang ada adalah ibu hamil tidak boleh makan tape ketan terlalu banyak karena bisa menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya

(Ratnawati, 2016).

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum. Untuk mengetahui keadaan umum pasien secara keseluruhan dengan kriteria baik yaitu apabila ibu mampu melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan atau lemah apabila ibu tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri.
- 2) Kesadaran. Menggambarkan tentang kesadaran pasien, kategori dari kesadaran adalah composmentis yaitu pasien sadar sepenuhnya apatis yaitu pasien dalam keadaan sadar tetapi acuh tak acuh, somnolen yaitu pasien tampak mengantuk, selalu ingin tidur, sopor yaitu pasien tidak memberikan respon ringan maupun sedang, koma yaitu pasien tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun (Matondang, 2013).
- 3) Tekanan Darah. Untuk mengetahui faktor risiko hipertensi atau hipotensi. Keadaan normal 110/60 mmHg sampai 140/90 mmHg dan diastolik antara 70-90 mmHg. Hipertensi jika tekanan sistolik sama dengan atau >140 mmHg dan Hipotensi jika tekanan diastolik sama dengan atau 70 mmHg (Astuti, 2012).
- 4) Suhu. Untuk mengetahui suhu badan pasien, suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,2°C, bila suhu tubuh lebih dari 37,2°C disebut demam atau febris (Astuti, 2012).
- 5) Nadi. Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam satu menit, frekuensi denyut jantung normalnya 60-100 kali per menit

- 6) Respirasi. Pernapasan pasien dapat diobservasi dari frekuensi per menit, kedalaman, keteraturan dan tanda-tanda yang menyertai, seperti bunyi napas dan bau napas, pernapasan normal yaitu 16-20 kali per menit pada orang dewasa.
- 7) Tinggi badan. Untuk mengetahui tinggi badan ibu
- 8) Berat badan. Untuk mengetahui berat badan ibu
- 9) Lingkar lengan atas. Untuk mengetahui lingkar lengan ibu

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

a) Rambut

Dikaji untuk mengetahui warna rambut, kebersihan rambut, dan rambut mudah rontok atau tidak.

b) Wajah

Dikaji untuk mengetahui keadaan wajah pasien pucat atau tidak, adakah kelainan, adakah oedema.

c) Mata

Dikaji untuk mengetahui warna konjungtiva dan sklera, kebersihan mata, ada kelainan atau tidak dan adakah gangguan penglihatan (rabun jauh/rabun dekat). Pada wanita dengan ketuban pecah dini konjungtiva pucat.

d) Hidung

Dikaji bagaimana kebersihannya, ada polip atau tidak, ada gangguan penciuman atau tidak

## e) Telinga

Dikaji kebersihannya, ada serumen atau tidak dan ada tidak gangguan pendengaran.

## f) Mulut dan Gigi

Untuk menilai warna, integritas jaringan, gangguan pada mulut, karies gigi, gusi berdarah atau tidak.

## g) Leher

Dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan parotitis atau tidak.

## 2) Dada dan Axila

Untuk mengetahui bentuk dada simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak pada payudara, nyeri atau tidak, keadaan puting, hiperpigmentasi areola dan kolostrum ASI sudah keluar atau belum.

## 3) Abdomen

## a) Inspeksi

Inspeksi dilakukan untuk mengetahui apakah ada pembedahan, ada luka bekas operasi atau tidak, striae gravidarum, linea agra atau alba (Rahmatina, 2018).

## b) Palpasi

(1) Kontraksi: pada kasus ibu dengan ketuban pecah dini terjadi gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan kontraksi uterus yang ditandai dengan rasa nyeri di bagian perut, ekspresi wajah meringis, ibu

menahan sakit dan keadaan umum lemah.

- (2) Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri sehingga dapat diketahui berat janin, umur kehamilan dan bagian janin yang terjadi di fundus uteri seperti membujur atau akan kosong jika posisi janin melintang. Kepala bulat padat mempunyai gerakan pasif (ballotement), bokong tidak padat, lunak, tidak mempunyai gerak pasif (bantuan atau gerak ballotement).
- (3) Leopold II: untuk menentukan letak punggung janin dapat untuk mendengar detak jantung janin pada punctum maximum dengan teknik kedua telapak tangan melakukan palpasi pada sisi kanan dan kiri (Rahmatina, 2018).
- (4) Leopold III: untuk mengetahui bagian terendah janin, bila teraba bulat padat (kepala) dan bila teraba bulat tidak keras (bokong). Menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.
- (5) Leopold IV: untuk menentukan apa yang bagian terbawah janin dan seberapa jauh sudah masuk pintu atas panggul (Mochtar, 2012)
- (6) Tafsiran Berat Janin (TBJ): dapat ditentukan berdasarkan Johnson Toschock yang berguna untuk mengetahui pertimbangan persalinan secara spontan

pervaginam (Rahmatina, 2018).

c) Auskultasi

Untuk mendengarkan DJJ (Denyut Jantung Janin).  
Terdengarnya jantung janin menunjukkan bahwa janin hidup dan tanda pasti kehamilan, punctum maximum janin tergantung presentasi, posisi, dan kehamilan kembar, biasanya pada daerah punggung janin, frekuensi diatas 120-160x per menit (Rahmatina, 2018).

4) Pemeriksaan panggul

Pada lingkaran panggul jarak antara tepi atas simfisis pubis superior kemudian ke lumbal kelima ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simfisis pubis diukur dengan metlin normalnya 80-90 cm.

5) Anogenital

Menurut Ratnawati (2016), pemeriksaan anogenital terdiri atas

(a) Vulva – Vagina

- Varices: ada varices atau tidak, oedem atau tidak
- Luka: ada luka bekas operasi atau tidak
- Kemerahan: ada kemerahan atau tidak
- Nyeri: ada nyeri atau tidak
- Pengeluaran pervaginam: terjadi pengeluaran pervaginam atau tidak. Pada kasus ibu dengan ketuban pecah dini keluar cairan ketuban merembes melalui vagina.

(b) Perineum

- Bekas luka: ada bekas luka perineum atau tidak
- Lain-lain: ada bekas luka lain atau tidak, ada kemerahan dan nyeri atau tidak

(c) Anus

- Haemorhoid: terjadi haemorhoid atau tidak
- Lain-lain: terdapat kelainan lain pada anus atau tidak

(d) Inspekulo

- Vagina: ada benjolan atau tidak, ada kemerahan serta infeksi atau tidak
- Portio: ada erosi atau tidak

(e) Vagina Toucher

- Pembukaan: sudah ada pembukaan serviks atau belum. Pada kasus ketuban pecah dini terjadi pada pembukaan serviks < 4 cm.
- Presentasi: untuk mengetahui presentasi bawah janin apakah kepala atau bokong.
- Posisi: untuk mengetahui posisi janin memanjang atau melintang
- Kesan panggul: untuk mengetahui kesan panggul normal atau tidak

(f) Ekstremitas

Dikaji ekstremitas atas dan bawah. Ekstremitas atas dikaji ada atau tidak gangguan atau kelainan dan bentuk.

Ekstremitas bawah dikaji bentuk, oedema, dan varises.

c. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nugroho (2012), pemeriksaan penunjang ada 2 jenis yaitu :

d. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan pHnya. Sekret vagina ibu hamil pH (4)

1) Tes lakmus (tes niazin): jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban yaitu 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu

2) Mikroskopik (tes pakis) : dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

e. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

Untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus ketuban pecah dini terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit.

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Poka SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) (SDKI, D.0142; 304)

2. Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks (SDKI, D.0079; 176)
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (SDKI, D.0080; 180)
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111; 246)

### **2.3.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan diberikan jika kemampuan merawat diri klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi selfcare yang sebenarnya sudah diketahui. Berikut intervensi yang dapat dilakukan sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) :

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya)
  - a. Tujuan: Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.
  - b. Kriteria Hasil: Tingkat Infeksi (SLKI, L.14137; 139).
    - 1) Demam menurun
    - 2) Kemerahan menurun
    - 3) Nyeri menurun
    - 4) Bengkak menurun
    - 5) Kadar sel darah putih membaik
  - c. Intervensi : Pencegahan Infeksi (SIKI, 1.4539; 278)
    - 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
    - 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

- 3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
  - 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
  - 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
2. Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks
- a. Tujuan: Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri adekuat dan ibu dapat beradaptasi dengan nyeri saat kontraksi
  - b. Kriteria Hasil: Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan
  - c. Intervensi: Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238; 201)
    - 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
    - 2) Identifikasi skala nyeri
    - 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
    - 4) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
    - 5) Jelaskan penyebab nyeri
    - 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri
    - 7) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian
- a. Tujuan: Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun.
  - b. Kriteria Hasil: Tingkat Ansietas (SLKI, L.09093; 132).
    - 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) Pola berkemih membaik
- c. Intervensi: Reduksi Ansietas (SIKI, 1.09314; 387)
  - 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
  - 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)
  - 3) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
  - 4) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
  - 5) Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami
  - 6) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
  - 7) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
  - 8) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
  - 9) Latih teknik relaksasi
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
  - a. Tujuan: Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.
  - b. Kriteria Hasil: Tingkat Pengetahuan (SLKI, L.12111; 146).
    - 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
    - 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
    - 3) Perilaku membaik
  - c. Intervensi: Edukasi Proses Penyakit (SIKI, 1.12444; 106)
    - 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
    - 2) Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit

- 3) Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit
- 4) Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi
- 5) Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan
- 6) Informasikan kondisi pasien saat ini
- 7) Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa

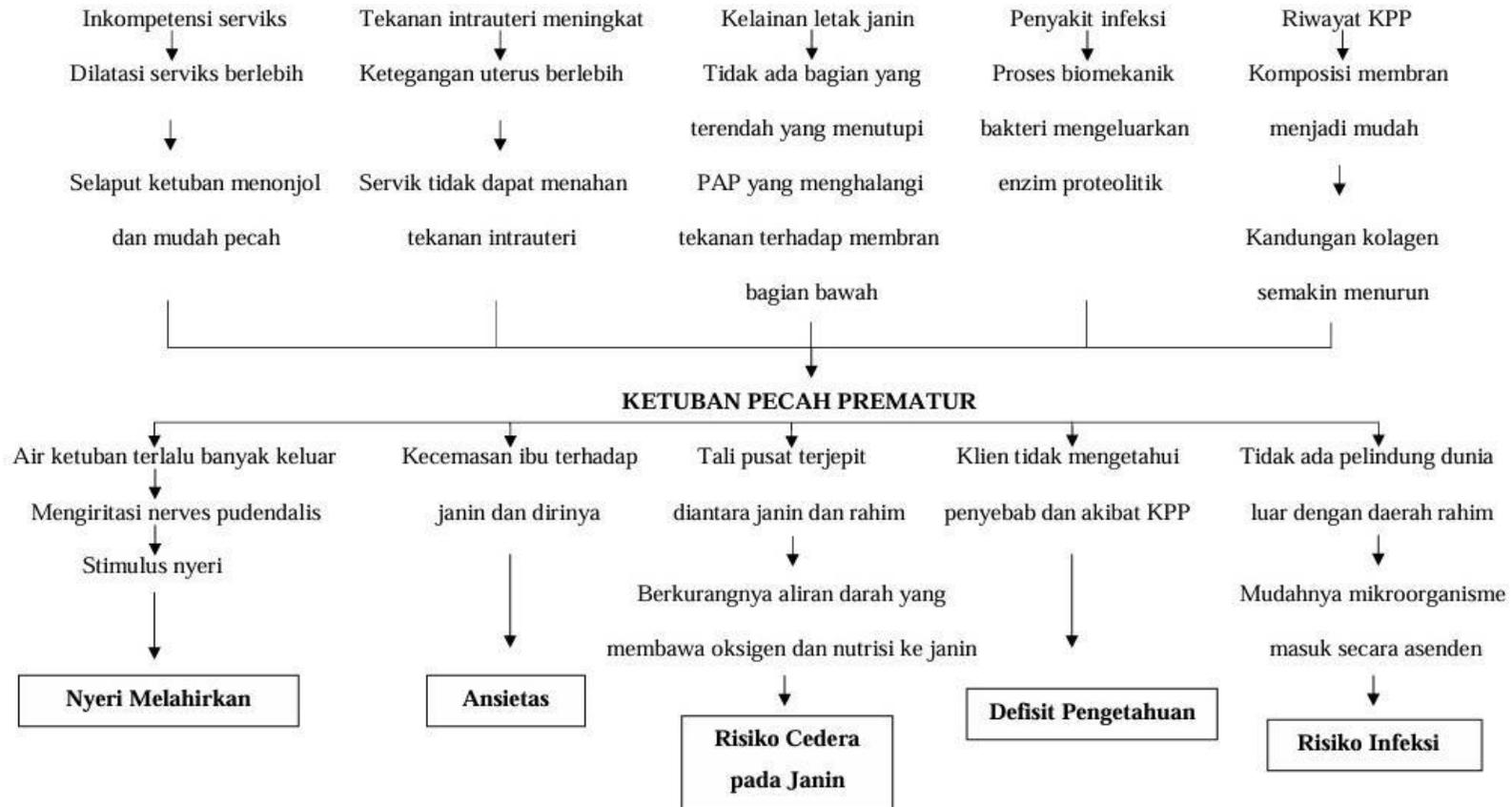
#### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah dibuat, setiap implementasi akan ada respon hasil dari pasien setiap harinya. Implementasi keperawatan ini dilakukan dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri (selfcare) dengan penyakit yang dialami oleh pasien sehingga pasien mencapai derajat kesembuhan yang optimal dan efektif (Lazuarti, 2020).

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi bertujuan untuk mencapai tujuan yang sudah disesuaikan dengan kriteria hasil selama tahap perencanaan yang dapat dilihat melalui kemampuan pasien untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2012)

## 2.4 Kerangka Masalah Keperawatan



Gambar 2.1 Kerangka Masalah

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini menjelaskan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan ketuban pecah prematur, maka disajikan suatu kasus yang diamati pada tanggal 17 Januari 2024 pukul 14.00 sampai 18 Januari 2024 pukul 10.30. Dengan anamnesa yang didapat dari pasien dan hasil observasi perawat sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Pasien adalah seorang perempuan Bernama Ny.R berusia 32 tahun, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan pendidikan terakhir SMA, Pasien bertempat tinggal di Sidoarjo. Pasien menikah dengan seorang suami dengan usia pernikahan 13 tahun. Pasien merupakan istri dari Tn.R, berusia 37 tahun, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, bekerja sebagai karyawan swasta dengan pendidikan terakhir SMA, dan tinggal Bersama istri dan ibu mertuanya di kota Sidoarjo.

##### **3.1.2 Riwayat Kesehatan Saat ini**

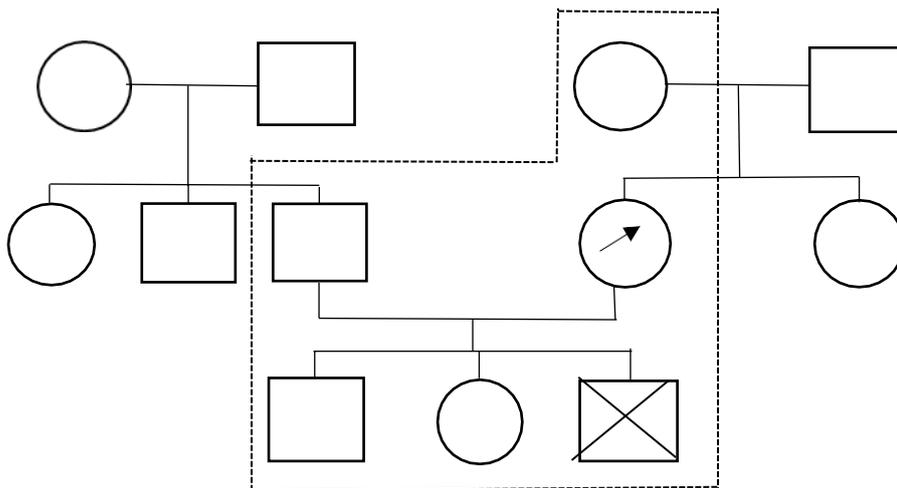
Keluhan utama pasien mengeluh keluar cairan merembes dari vagina, merasa kenceng kenceng hilang timbul.

Riwayat Penyakit Sekarang:

Pasien mengatakan keluar cairan dari jalan lahir pada 17 Januari 2024 pukul 00.00 di rumah pada saat hendak BAK. Setelah itu, pada pukul 06.00 pasien merasa cairan merembes makin banyak dan segera berangkat ke RSI Siti Hajar Sidoarjo dengan mobil pribadi, setelah tiba di RSI Siti Hajar Sidoarjo selama 1 jam belum mendapat tindakan apapun pasien langsung dirujuk ke RSPAL Dr Ramelan

Surabaya, dan tiba di Ruang Ponek RSPAL Dr Ramelan Surabaya pukul 7.30 dengan ambulan RSI Siti Hajar Sidoarjo dan mobil pribadinya. Saat di Ruang Ponek dilakukan anamnesa, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan dalam dengan hasil : tekanan darah 144/93 mmHg, nadi : 110x/menit, pernapasan : 20x/menit, suhu : 36,4°C ,UK 20/21 Minggu, HIS tidak ada, DJJ : 146x/dopp, TFU : 16 cm, VT:belum ada pembukaan. Hasil tes lakmus + biru. Lalu pasien langsung dipindah ke ruang VK IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya dan saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan cairan masih merembes dari jalan lahir.

### 3.1.3 Genogram Pasien



**Ket :**

○ : Perempuan

↗ : Pasien

□ : Laki-Laki

X : meninggal dunia

Gambar 3.1 Genogram Pasien

### 3.1.4 Riwayat Keperawatan

#### 1. Riwayat Obstetri

Pasien Ny.R menstruasi pertama kali pada usia 13 tahun, siklusnya teratur selama 7 hari sebanyak 3-4 ganti pembalut per hari dan tidak ada keluhan selama haid. HPHT Ny.R ialah 28 September 2023 dengan tafsiran kelahiran yaitu 5 Juli 2024.

Tabel 3.1 Riwayat Obstetri

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
N O	Usia anak	Umur keha mi lan	Peny u lit	Jenis	Penol o ng	Peny u lit	Lase r asi	Infe k si	Pendar a han	Je n is	BB	PJ
1.	11 th	37 Minggu	-	Spon t an	Bidan	-	-	-	Ada	L	2700 gr	47 c m
2.	7 th	36 Minggu	-	SC	Dokter	-	-	-	Ada	P	3000 gr	50 c m
3	Menin g gal	28 Minggu	-	SC	Dokter	KPP	-	-	Ada	L	2000 gr	40 c m
4.	HAMIL INI											

#### 2. Riwayat keluarga berencana

Pasien Ny.R tidak menggunakan kontrasepsi.

#### 3. Riwayat Kesehatan

Pasien pernah mengalami ketuban pecah prematur sebelumnya. Pasien tidak memiliki Riwayat penyakit keluarga seperti diabetes mellitus, hipertensi, asma. Pasien tidak memiliki Riwayat penyakit menular seperti HIV, HbsAg, TBC. Pasien tidak memiliki Riwayat penyakit menahun seperti kanker ovarium.

#### 4. Aspek Psikososial

Pasien Ny.R khawatir dengan keadaan bayi yang dikandungnya, Pasien berharap bayinya bisa lahir dalam keadaan sehat dan selamat, Pasien Ny.R

selalu diberi motivasi oleh keluarganya terkait kondisi yang di alaminya, Bagi pasien Ny.R suami, anak dan ibu nya merupakan orang yang terpenting dihidupnya.

5. Kebutuhan dasar khusus

a) Pola nutrisi

Pasien Ny.R sebelum masuk rumah sakit makan 3x sehari dengan jenis makanan nasi, lauk, sayuran, dan buah, saat pasien Ny.R masuk rumah sakit nafsu makan menurun karena merasa khawatir dengan bayi yang dikandungnya sehingga makan 2x sehari dengan takaran porsi 1-2 sendok makan.

b) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit Pasien Ny.R buang air kecil sebanyak 5-6 kali dalam 24 jam, saat masuk rumah sakit pasien ny.R buang air kecil sebanyak 8-9x sejumlah 250 ml dalam 24 jam, dengan warna urine jernih, pasien Ny.R belum buang air besar saat masuk rumah sakit.

c) Pola personal hygiene

Pasien Ny.R sebelum masuk rumah sakit mandi 2x sehari dan melakukan oral hygiene 2x sehari, keramas 2hari sekali, saat masuk rumah sakit pasien Ny.R hanya diseka saja, melakukan oral hygiene 2x sehari, dan belum keramas.

d) Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien Ny.R dapat tidur nyenyak selama 6-7 jam, dan tidak mengalami gangguan tidur, saat masuk rumah sakit pasien Ny.R tidak dapat istirahat dan susah untuk tidur.

e) Pola aktivitas dan Latihan

Pasien Ny.R sebelum masuk rumah sakit kegiatan sehari-harinya yaitu sebagai ibu rumah tangga yang setiap harinya melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu, memasak, mengepel, dan setiap pagi pasien Ny.R menyempatkan waktu untuk jalan-jalan pagi di sekitar rumahnya. Saat masuk rumah sakit Pasien Ny.R diharuskan untuk bedrest dan tidak melakukan kegiatan apapun dikarenakan air ketuban masih keluar terus menerus

f) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatannya

Pasien Ny.R tidak pernah merokok, minum minuman keras, ataupun ketergantungan obat.

g) Pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien lemah, kesaran composmentis, GCS 456. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil: tekanan darah 144/93 mmHg, suhu 36°C, nadi: 110x/menit, pernapasan : 20x/menit, Tinggi badan 153cm.

Pemeriksaan dimulai dari kepala bentuknya simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan yang abnormal, muka tampak pucat, kelopak mata simetris, gerakan bola mata aktif, konjungtiva ananemis, sklera tidak anikterik (putih), pupil isokor, akomodasi normal, tidak terdapat gangguan penglihatan, hidung simetris tidak ada peradangan, tidak ada reaksi alergi, tidak ada sinusitis, tidak terdapat kelainan pada hidung, kondisi mulut bersih, ada gigi geligi, tidak ada karies gigi, tidak ada pembengkakan dan perdarahan pada gusi, tidak ada kesulitan menelan,

mamae membesar, areolla mengalami hiperpigmentasi, papila menonjol, colostrum belum keluar, tidak terdapat sumbatan jalan napas, tidak sesak, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak menggunakan alat bantu napas, dan tidak terdapat gangguan pernapasan, nadi 110x/menit, irama jantung reguler, bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak ada suara jantung tambahan, tidak ada nyeri dada, tidak terdapat kelainan pada jantung.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan tinggi fundus uteri yaitu 16 cm, pasien belum mengalami kontraksi. Leopold 1 teraba lunak, bulat dan tidak melenting (bokong), leopold 2 teraba keras, panjang sebelah kanan (puka atau punggung kanan) DJJ 146x/dopp, leopold 3 teraba keras, bulat, melenting dan susah digerakkan (kepala), leopold 4 belum masuk PAP (konvergen).

Adanya hiperpigmentasi, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum, tidak terdapat gangguan pada sistem pencernaan dan tidak ada permasalahan khusus pada Ny.R. Pemeriksaan genitourinary didapatkan perineum bekas jahitan, belum menonjol, tidak ada hemoroid, vesika urinari teraba penuh vagina tidak ada varises, tampak bersih, tidak terdapat keputihan pada ekstremitas didapatkan tidak terdapat kontraktur pada persendian ekstremitas, tidak ada kesulitan dalam melakukan pergerakan, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak terdapat gangguan pada ekstremitas pasien Ny.R

.

### 3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan cairan ketuban menggunakan kertas lakmus didapatkan hasil adanya perubahan warna biru pada kertas lakmus yang menunjukkan bahwa cairan yang keluar adalah cairan ketuban. Pasien tidak dilakukan pemeriksaan rontgen, hasil USG ketuban habis.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 17 Januari 2024 10.30

Tabel 3.2 Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Leukosit	16,75	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 – 10.00
Hemoglobin	12,60	g/dL	12 – 15
Eritrosit	2,93	$10^6/\mu\text{L}$	3,50 – 5,00
Trombosit	8,3	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 450
Gula Darah Sewaktu	88	mg/dL	<200
BUN	4	mg/dL	10 – 24
Kreatinin	0,5	mg/dL	0,6 – 1,5
Natrium	136,50	mEq/L	135 – 147
Kalium	3,62	mmol/L	3.0 – 5.0

Terapi Pengobatan : Inj Cefobactam 3x2gr

## 3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

NO	DATA	Penyebab	Masalah
1.	<p><b>DS:</b> Pasien mengatakan kadang merasa kenceng-kenceng</p> <p><b>DO:</b> P: kenceng- kenceng Q: seperti di remas R: perut menjalar sampai dengan punggung S: 2 T: hilang timbul</p>	Dilatasi Serviks	Nyeri akut (SDKI D.0079)
2.	<p><b>DS:</b> Faktor resiko ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer/ketuban pecah sebelum waktunya</p> <p><b>DO:</b> Ketuban rembes berwarna putih jernih Hasil tes kertas lakmus + biru</p>		Risiko Infeksi (SDKI D.0142)
3.	<p><b>DS:</b> Pasien mengatakan merasa khawatir dengan keselamatan bayi jika air ketuban terus - menerus rembes sebelum melahirkan</p> <p><b>DO:</b> Pasien tampak gelisah, tegang, pucat TD: 144/93mmHg Nadi: 99x/menit</p>	Ketakutan mengalami kegagalan	Ansietas (SDKI D.0080)
4.	<p><b>DS:</b> Pasien mengatakan merasa kurang faham dan bertanya-tanya sudah 2x kejadian seperti ini</p> <p><b>DO:</b> Pasien tampak bingung</p>	Kurang terpapar informasi	Defisit Pengetahuan (SDKI D.0111)
5.	<p><b>DS:</b> Pasien mengatakan ada cairan merembes dari jalan lahir</p> <p><b>DO:</b> Hasil tes kertas lakmus +</p>	Riwayat Persalinan sebelumnya	Resiko Cedera Janin (D.0138)

### 3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Risiko cedera janin dibuktikan dengan factor resiko usia ibu	17 Januari 2024 (14.00)	18 Januari 2024 (10.00)	Regyna
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.	17 Januari 2024 (14.00)	18 Januari 2024 (10.00)	Regyna
3.	Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya).	17 Januari 2024 (14.00)	18 Januari 2024 (10.00)	Regyna
4.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran galami kegagalan.	17 Januari 2024 (14.00)	18 Januari 2024 (10.00)	Regyna
5.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.	17 Januari 2024 (14.00)	18 Januari 2024 (10.00)	Regyna

### 3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
1.	Resiko Cedera janin dibuktikan dengan faktor resiko riwayat kehamilan sebelumnya (D.0138)	<p><b>Tingkat Cedera (L.14136)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan menurun</li> <li>2. Gangguan mobilitas menurun</li> <li>3. Gangguan kognitif menurun</li> <li>4. Ekspresi wajah kesakitan menurun</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Denyut Jantung Jani (I. 02056)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi status obstetric</li> <li>b. Identifikasi Riwayat obstetric</li> <li>c. Identifikasi adanya penggunaan obat diet, merokok</li> <li>d. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya</li> <li>e. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit</li> <li>f. Monitor denyut jantung janin</li> <li>g. Monitor tanda vital ibu</li> </ol> </li> <li>2. Terapeutik               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atur posisi pasien</li> <li>b. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin</li> </ol> </li> <li>3. Edukasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ol> </li> </ol>	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D.0079).	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (SIKI I.08238)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan intervensi yang sesuai dan keefektifan terapi yang diberikan.</li> <li>2. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan.</li> <li>3. Mengetahui respon pasien</li> </ol>

		<p>2. Perineum terasa tertekan menurun</p> <p>3. Gelisah menurun</p>	<p>c. Identifikasi respons non verbal</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>b. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>3. Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, Jika perlu</p>	<p>terhadap nyeri.</p> <p>4. Mengurangi rasa nyeri.</p> <p>5. Istirahat membantu pasien rileks dan mengurangi nyeri.</p> <p>6. Agar pasien mengetahui penyebab nyeri karena kontraksi untuk merangsang terjadinya persalinan.</p> <p>7. Agar pasien melakukan strategi yang dapat meredakan nyeri.</p> <p>8. Agar beradaptasi dengan nyeri.</p>
3.	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) (SDKI D.0142).</p>	<p><b>Tingkat Infeksi (SLKI L.14137)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Nyeri menurun</p> <p>2. Cairan ketuban yang merembes menurun</p> <p>3. Suhu peranal dalam rentang normal (36,5°C-37,5°C)</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (SIKI I.14539)</b></p> <p>1. Observasi</p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan cara mengukur suhu peranal.</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>b. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>3. Edukasi</p>	<p>1. Memantau adanya tanda infeksi lokal maupun sistemik.</p> <p>2. Memutus rantai transmisi atau penyebaran mikroorganisme (kuman, bakteri, virus) yang dapat memperburuk kondisi pasien.</p> <p>3. Untuk mencegah masuknya mikroorganisme yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</li> </ul> <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ul>	<p>4. Agar mengetahui tanda dan gejala infeksi yang kemungkinan dapat terjadi.</p> <p>5. Dapat mempercepat proses penyembuhan pasien.</p> <p>9. Agar dapat membantu proses penyembuhan pasien.</p>
4.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (SDKI D.0080).	<p><b>Tingkat Ansietas (SLKI L.09093)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> <li>4. Pucat menurun</li> <li>5. Tekanan darah menurun</li> <li>6. Frekuensi nadi menurun</li> </ul> <p>Pola berkemih membaik</p>	<p><b>Reduksi Ansietas (SIKI I.09314)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).</li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan lingkungan terapeutik.</li> <li>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan.</li> </ul> </li> <li>3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.</li> <li>b. Latih kegiatan pengalihan.</li> <li>c. Latih teknik relaksasi.</li> <li>d. perasaan dan persepsi</li> <li>e. Latih kegiatan pengalihan</li> <li>f. Latih teknik relaksasi</li> </ul> </li> <li>4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian obat antlansietas, jika perlu</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tanda ansietas secara verbal dan nonverbal.</li> <li>2. Menumbuhkan kepercayaan pasien.</li> <li>3. Mengurangi kecemasan pasien.</li> <li>4. Agar pasien lega dapat mengungkapkan perasaan yang sedang dirasakan.</li> <li>5. Mengurangi ketegangan pasien.</li> <li>6. Agar pasien lebih rileks sehingga dapat mengurangi kecemasan.</li> </ul>
5.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi	<p><b>Tingkat Pengetahuan (SLKI L.12111)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam</p>	<p><b>Edukasi kesehatan (SIKI I.12383)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan menerima informasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima</li> </ul>

	(SDKI D.0111).	diharapkan tingkat pengetahuan kriteria hasil: pengetahuan membaik.	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> <li>3. sediakan media materi pendidikan dan kesehatan.</li> <li>4. jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</li> <li>5. berikan kesempatan untuk bertanya.</li> <li>6. jelaskan factor yang dapat mempengaruhi kesehatan.</li> <li>7. ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> <li>8. ajarkan teknik strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol>	<p>informasi. Materi dan media pendidikan untuk membantu mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Untuk membuat kontrak waktu dengan pasien yang terjadwal.</li> <li>3. Untuk meningkatkan pemahaman ibu hamil pada hal apa saja yang mempengaruhi kesehatan.</li> </ol>
--	----------------	--	---	--

### 3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1. 1,2,3, 4,5	17 Januari 2024 14.00	Melakukan BHSP dengan pasien.	<i>Regyna</i>	17 januari 2024 20.00	<b>Diagnosa 1:</b> <b>Resiko cedera janin</b> <b>S:</b> pasien mengatakan masih keluar cairan jernih dari vaginanya <b>O:</b> Cairan jernih berbau keluar dari jalan lahir DJJ: 155x/dopp <b>A:</b> Masalah keperawatan belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	<i>Regyna</i>
1,2,3, 4,5	14.05	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.				
1,2,3, 4,5	14.10	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 144/93 mmHg N: 109x/menit RR: 20x/menit S: 36,4°C SPO2: 99% HIS: tidak ada DJJ: 163x/dopp				
1,2,3, 4,5	14.15	Melakukan pengkajian terhadap pasien.			<b>Diagnosa 2:</b> <b>Nyeri akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan belum kenceng-kenceng lagi. <b>O:</b> - Cairan jernih berbau keluar sedikit dari kemaluannya - DJJ: 155x/dopp	

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
3	14.20	Memantau tanda ansietas pada pasien Hasil: Pasien cemas dengan kondisi bayinya, pasien tampak gelisah dan tegang.			- His (-) <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
2	14.25	Memantau adanya tanda infeksi pada ibu Hasil: Suhu: 36,8°C			<b>Diagnosa 3:</b> <b>Risiko infeksi</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan masih keluar cairan jernih dari vagina nya <b>O:</b> Cairan jernih keluar dari jalan lahir	
1,2	14.30	Melakukan pengkajian nyeri dengan hasil: P: kenceng-kenceng Q: seperti diremas R: perut menjalar sampai dengan punggung S: 2 T: hilang timbul			- DJJ: 155x/dopp - His (-) - TD: 144/93 mmHg - Nadi: 109x/menit - Suhu: 36,4 - RR: 20x/menit - SpO2: 99% - GCS: 456	
1,2,3,4,5	14.35	Menjelaskan kondisi ibu dan bayinya saat ini. Hasil: Pasien memahami penjelasan dari perawat			<b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1,3,4	14.40	Menganjurkan cara relaksasi dengan tarik nafas dalam agar pasien dapat mengurangi rasa cemasnya.			<b>Diagnosa 4:</b> <b>Ansietas</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan khawatir dengan bayi	

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1,2	18.00	Memberikan antibiotik cinam 1,5gram dalam NS 100 c secara Intravena			yang dikandungnya. <b>O:</b> -Pasien tampak gelisah -TD = 144/93 mmHg -Nadi = 109x/menit	
1,2,3,4,5	18.05	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.			<b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1,2	18.10	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital Hasil: TD:115/84 mmHg N: 112x/menit RR: 20x/menit SPO2: 98% S: 36,4°C DJJ: 158x/dopp HIS: 1x 10''			<b>Diagnosa 5:</b> <b>Defisit pengetahuan</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan bingung sudah 2x kejadian seperti ini. <b>O:</b> - Pasien merasa bingung - Pasien tampak gelisah	
1,2	18.15	Pemberian injeksi cefobactam 1,5 gr secara IV			<b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4,5	19.00	Membantu menyeka pasien.				
1,2,3,4,5	20.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil: TD:116/78 mmHg N: 84x/menit				

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
		RR: 20x/menit SPO2: 98% DJJ: 167x/dopp HIS: 1x10''				
1,2,3,4,5	17 Januari 2024 21.00	Timbang terima dengan dinas sore.	<i>Perawat jaga</i>	17 Januari 2024 07.00	<b>Diagnosa 1:</b> <b>Resiko Cedera Janin</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan masih keluar cairan jernih dari vagina tapi sedikit sekali. <b>O:</b> keluar cairan jernih dari jalan lahir. DJJ: 157x/dopp <b>A:</b> masalah keperawatan belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	<i>Perawat jaga</i>
1,2	22.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 152x/dopp HIS: 1x10''				
1,2,3,4,5	00.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil: TD:121/74 mmHg N: 86x/menit S: 36,6°C RR: 19x/menit SPO2: 99%				
1,2	01.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 168x/dopp HIS: 1x10''			<b>Diagnosa 2:</b> <b>Nyeri akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sudah kenceng-kenceng. <b>O:</b> DJJ: 157x/dopp HIS: 1x 10''	
1,2	04.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 141x/dopp HIS: 1x10''			<b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan	
1,2	04.05	Memberikan injeksi cefobactam 1,5 gr secara IV			<b>Diagnosa 3:</b> <b>Risiko infeksi</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan masih keluar cairan jernih dari jalan lahir tetapi sudah sedikit. <b>O:</b> Keluar cairan jernih dari jalan lahir TD: 134/86 mmHg S: 36,6°C <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan		
1,2,3,4,5	05.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 134/86 mmHg N: 74x/menit S: 36,6°C RR: 19x/menit SPO2: 99%					
1,2,3,4,5	05.05	Membantu menyeka pasien.					
1,2	06.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 155x/dopp HIS: 1x10 <sup>7</sup>				<b>Diagnosa 4:</b> <b>Ansietas</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan masih khawatir dengan bayi yang dikandungnya. <b>O:</b> - Pasien tampak gelisah - TD: 134/86 mmHg - N: 74x/menit <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi	
1,2	07.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 157x/dopp HIS: 1x10 <sup>7</sup>					

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
					dilanjutkan  <b>Diagnosa 5:</b> <b>Defisit pengetahuan</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sudah mulai faham dengan kondisinya. <b>O:</b> - Pasien tampak mulai faham <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4,5	18 Januari 2024 07.30	Timbang terima dengan dinas malam	<i>regyna</i>	18 Januari 2024 14.00	<b>Diagnosa 1:</b> <b>Resiko Cedera Janin</b> <b>S:</b> pasien mengatakan keluar cairan dari vagina tapi sudah sedikit sekali <b>O:</b> cairan keluar dari jalan lahir. DJJ: 128x/dopp <b>A:</b> masalah keperawatan belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	<i>regyna</i>
1,2,3,4,5	08.00	Melakukan BHSP dengan pasien				
1,2,3,4,5	08.05	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien				
1,2,3,4,5	08.10	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 112/65 mmHg S: 36,3°C			<b>Diagnosa 2:</b> <b>Nyeri akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan	

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1,2,3,4,5	08.15	N: 99x/menit RR: 20x/menit SPO2: 100% DJJ: 153x/dopp HIS: 1x10"  Membantu menyeka pasien.			sering kenceng-kenceng. <b>O:</b> DJJ: 128x/dopp HIS: 1x 10" <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1	08.20	Menganjurkan ibu posisi tidur nyaman (miring kiri).			<b>Diagnosa 3:</b> <b>Risiko infeksi</b>	
1,3	08.25	Mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi anafas agar pasien mampu beradaptasi terhadap nyeri dan mengurangi rasa cemasnya. Hasil: pasien masih khawatir dengan bayi yang dikandungnya			<b>S:</b> Pasien mengatakan masih keluar cairan jernih dari jalan lahir sedikit. <b>O:</b> Keluar sedikit cairan dari jalan lahir TD: 110/65 mmHg S: 36,4°C	
2	08.30	Menantau tanda-tanda infeksi Hasil: masih keluar cairan jernih dari jalan lahir. S: 36,3°C			<b>Diagnosa 4:</b> <b>Ansietas</b>	
4	08.35	Menyampaikan kondisi ibu dan bayi saat ini dan memberikan dukungan psikologis terhadap pasien. Hasil: pasien memahami penjelasan perawat			<b>S:</b> Pasien mengatakan masih khawatir karena merasa kenceng-kenceng tapi bayinya belum lahir. <b>O:</b> - Pasien tampak gelisah	

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1,2	09.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil DJJ: 146x/dopp; HIS: 1x10"			<b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
2	09.05	Mengajarkan teknik relaksasi nafas agar ibu mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan.			<b>Diagnose 5:</b> <b>Defisit pengetahuan</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan mulai faham tapi terkadang masih merasa bingung lagi	
1,2	10.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 142x/dopp; HIS: 1x10"			<b>O:</b> - perilaku pasien membaik	
1,2	11.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 148x/dopp; HIS: 1x10"			<b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1,2	12.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 110/65 mmHg N: 101x/menit S: 36,4°C RR: 20x/menit SPO2: 100%				
1,2,3,4,5	13.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 128x/dopp HIS: 1x10"				

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1,2,3,4,5	18 Januari 2024 14.00	Timbang terima dengan dinas pagi	<i>Perawat jaga</i>	18 Januari 2024 20.00	<b>Diagnosa 1:</b> <b>resiko cedera janin</b> <b>Diagnosa 2:</b> <b>Nyeri Akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sering kenceng-kenceng <b>O:</b> DJJ: 187x/dopp HIS: 1x10" <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan  <b>Diagnosa 3:</b> <b>Risiko infeksi</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan masih keluar cairan dari jalan lahir sedikit <b>O:</b> - Keluar cairan jernih dari jalan lahir sedikit - S: 36,4°C <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi	<i>Perawat jaga</i>
1,2	14.05	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 170x/dopp; HIS: 1x10"				
1,2	16.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 168x/dopp; HIS: 1x10"				
1,2,3,4	17.00	Membantu menyeka pasien.				
1,2	19.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 116/68 mmHg S: 36,4°C N: 94x/menit RR: 20x/menit SPO2: 100%				
1,2	20.00	Memberikan inj cefoperazon 1,5gr				

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1,2	21.00	secara intravena  Melakukan pemeriksaan hasil DJJ: 177X/dopp; HIS: 1x10"			dilanjutkan  <b>Diagnosa 4:</b> <b>Ansietas</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan masih khawatir dengan bayi yang dikandungnya <b>O:</b> - Pasien tampak gelisah <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan  <b>Diagnosa 5:</b> <b>Defisit pengetahuan</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sudah faham dengan kondisinya <b>O:</b> - Perilaku pasien mulai membaik <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4,	18 Januari 2024 21.00	Timbang terima dengan dinas sore	Perawat jaga	18 Januari 2024	<b>Diagnosa 1:</b> <b>Resiko Cedera Janin</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan	Perawat jaga

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1	21.05	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 144x/dopp; HIS: tidak ada		05.30	cairan yang keluar sudah habis <b>O:</b> Cairan ketuban habis <b>A:</b> Masalah teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	
1	22.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 155x/dopp; HIS: 1x 15"			<b>Diagnosa 2:</b> <b>Nyeri Akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sudah tidak merasakan kontraksi <b>O:</b> HIS: - <b>A:</b> Masalah teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	
1	23.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 149x/dopp; HIS: 1x15"			<b>Diagnosa 3:</b> <b>Risiko infeksi</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sudah tidak keluar cairan jernih <b>O:</b> Cairan ketuban habis <b>A:</b> Masalah teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	
1	00.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 132x/dopp; HIS: 2x20"			<b>Diagnosa 4:</b> <b>Ansietas</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan merasa lega sekaligus sedih bayi lahirnya tapi	
1	01.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 154x/dopp; HIS: 2x20"				
1	02.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 139x/dopp; HIS: 3x30"				
1	03.00	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 140x/dopp; HIS: 3x30"				

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1	03.05	Memberikan inj cefobactam 1,5gr secara intravena			dalam keadaan meninggal	
1	04.05	Melakukan pemeriksaan dengan hasil: DJJ: 162x/dopp; HIS: 4x40" Pasien mengatakan ingin mngejan			<b>O:</b> Pasien merasa gelisah <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1	04.10	Melakukan pemeriksaan VT dengan hasil: pembukaan lengkap (ketuban habis)				
1,2	04.15	Membantu pasien melakukan persalinan				
1	04.20	Bayi lahir jenis kelamin: laki-laki, panjang badan: 24 cm, dan berat badan 350gr, tidak segera menangis,apgar score: 1-1,dilakukan HAIKAP,pasang neopaff,dan melakukan resusitasi.				
1,2,3,4	04.30	Memberikan inj oxcitosin secara intramuskular				
1,2,3,4,5	04.35	Bayi dinyatakan meninggal dunia.				

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1,2,3,4,5	05.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 118/76 mmHg N: 98x/menit S: 36,4°C RR: 20x/menit SPO2: 99%				
1,2,3,4,5	19 Januari 2024 07.30	Timbang terima dengan dinas malam.	<i>Regyna</i>	19 Januari 2024 10.30	<b>Diagnosa 1:</b> <b>Nyeri akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sudah tidak merasa kontraksi <b>O:</b> HIS (-) <b>A:</b> Masalah teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	<i>Regyna</i>
1,2,3,4,5	07.35	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.				
1,2,3,4,5	07.40	Melakukan BHSP dengan pasien.				
1,2,3,4,5	07.45	Membantu pasien mobilisasi duduk dan jalan.				
1,2,3,4,5	10.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 115/75 mmHg S: 36,5°C N: 78x/menit RR: 20x/menit SPO2: 100%			<b>Diagnosa 2:</b> <b>Risiko infeksi</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan sudah tidak keluar cairan dari jalan lahir <b>O:</b> Ketuban habis <b>A:</b> Masalah teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	
					<b>Diagnosa 3:</b> <b>Ansietas</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan	

No Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
	10.30	Mengantar pasien pindah di ruangan F1			<p>sudah merasa ikhlas atas meninggal bayinya</p> <p><b>O:</b> Perilaku pasien tampak membaik</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p> <p><b>Diagnosa 4:</b>  <b>Defisit pengetahuan</b></p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan sudah faham tentang kondisi yang ia alami</p> <p><b>O:</b> Perilaku pasien tampak membaik</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p> <p>KIE: Pasien dianjurkan untuk konsultasi penggunaan alat kontrasepsi KB</p>	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab 4 dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan maternitas pada Ny. R dengan G4P2A2 UK 20/21 Minggu dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 17 Januari 2024 pukul 14.00 WIB. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan. Keluhan utama yang dirasakan pasien ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah ini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu maka disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur (Prawihardjo, 2008). Sesuai dengan yang dikatakan pasien alasan sebelum masuk rumah sakit bahwa mengalami keluarnya cairan jernih yang merembes pada kemaluan pada usia kehamilan saat ini 20/21 minggu. Keluhan saat ini pasien mengeluh masih keluar cairan jernih dari vagina, pada saat pemeriksaan fisik, keadaan umum dan tanda – tanda vital pada kasus KPP, didapatkan keadaan lemas, biasanya juga terjadi peningkatan denyut jantung janin dan his ditandai

dengan keluarnya cairan merembes dari kemaluan disertai bau yang tidak sedap. Pada tinjauan kasus diatas didapatkan ketuban pecah dini, sehingga masalah keperawatan resiko infeksi, Nyeri melahirkan, ansietas, dan defisit pengetahuan.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada empat yaitu:

1. Resiko Cedera Janin dibuktikan dengan Usia Ibu
2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya.
3. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.
4. Resiko cidera pada janin berhubungan dengan kecemasan berlebihan tentang persalinan.
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.
6. Nyeri akut berhubungan dengan dilatasi serviks.

Dari lima diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka sedikit berbeda dengan yang ada pada tinjauan kasus.

Terdapat empat diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya.

Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria hasil yaitu keluarnya cairan dari kemaluan serta bau yang tidak sedap (SDKI, 2016).

2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.

Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria hasil yaitu keluhan perasaan cemas dan perilaku gelisah (SDKI, 2016).

3. Defisit pengetahuan

Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria hasil yaitu tingkat

pengetahuan membaik (SDKI, 2016).

#### 4. Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik

Nyeri akut merupakan pengalaman yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung selama kurang dari 3 bulan. (SDKI, 2016).

### 4.3 Intervensi keperawatan

Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil cairan yang merembes menurun (SLKI, 2019). Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan pemantauan tanda- tanda adanya infeksi, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko, peningkatan asupan makanan dan asupan cairan (SIKI, 2018).

Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi kekhawatiran menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pucat menurun, tekanan darah menurun, frekuensi nadi menurun, pola berkemih membaik (SLKI, 2019). Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan latihan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dan latihan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan (SIKI, 2018). Defisit pengetahuan dengan kurangnya terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil perilaku membaik untuk mengetahui kesiapan dalam menerima informasi.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, uterus teraba membulat menurun, gelisah menurun. (SIKI, 2018).

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan penulis mulai tanggal 17 Januari yaitu melakukan anamnesa keluhan pasien, melakukan observasi tanda-tanda vital pasien, melakukan pemeriksaan fisik head to toe, dilanjut melakukan pemeriksaan VT (Vagina Toucher).

1. Pelaksanaan tindakan keperawatan dengan diagnosa keperawatan risiko infeksi. Mengkaji adanya tanda-tanda infeksi akibat cairan ketuban yang keluar. Infeksi intrauterin telah terbukti secara umum berhubungan dengan KPD. Menurut hasil penelitian Alim & Yeni (2016), mengidentifikasi bahwa ketuban pecah dini, partus lama, dan persalinan tidak aman dan bersih berkontribusi pada terjadinya infeksi. Untuk mengatasi risiko infeksi maka dapat dilakukan kolaborasi pemberian antibiotik cefobactam 1,5 gram. Penulis berasumsi bahwa pemberian antibiotik pada pasien dengan KPD sangat penting karena untuk mencegah infeksi intrauterin akibat terhubungnya cavum intrauterine dengan dunia luar akibat pecahnya selaput ketuban.
2. Pelaksanaan tindakan keperawatan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut. Mengkaji keluhan nyeri yang dialami pasien, mengkaji karakteristik nyeri dan skala nyeri yang dirasakan pasien. Untuk mengatasi masalah nyeri akibat kontraksi uterus maka implementasi yang dilakukan yaitu melakukan

pengalihan untuk dapat mengurangi ketegangan dan teknik relaksasi dapat dilakukan dengan menggunakan teknik nafas dalam, yaitu meminta ibu untuk menarik nafas dalam melalui hidung dan menghembuskan perlahan melalui mulut ini dilakukan apabila ibu merasakan adanya nyeri kontraksi. Berdasarkan penelitian Nurhayani dan Rosanty (2015), bahwa teknik relaksasi nafas dalam efektif menurunkan tingkat nyeri kontraksi uterus kala I aktif pada persalinan normal. Penulis berasumsi bahwa hal ini akan menimbulkan kondisi yang rileks dan dapat melepaskan ketegangan otot, menghilangkan stres karena akan menghadapi persalinan, dan memberikan perasaan nyaman pada ibu. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan dengan posisi miring kiri agar tubuh dapat rileks. Menurut Podungge (2020) mengatakan posisi yang baik saat tidur yaitu dengan posisi miring kiri, posisi ini memungkinkan aliran darah tidak dapat menekan vena cava inferior dan nutrisi berjalan dengan lancar, sehingga mampu memenuhi kebutuhan janin, sebaliknya apabila tidur menghadap ke kanan dapat menghambat oksigen dan nutrisi ke plasenta yang dapat membuat janin kekurangan asupan penting tersebut. Penulis berasumsi bahwa tidur dengan posisi yang baik dan nyaman dapat mengurangi ketegangan yang membuat semakin nyeri saat kontraksi.

3. Pelaksanaan tindakan keperawatan dengan diagnosa keperawatan ansietas. Mengkaji tanda-tanda ansietas pada pasien. Menjelaskan kondisi ibu dan bayinya saat ini, dan memberikan dukungan psikologis kepada ibu agar dapat menurunkan tingkat ansietas dan nyeri pada ibu yang akan menjalani proses persalinan. Salah satu faktor yang memengaruhi nyeri

adalah dukungan sosial dan keluarga sehingga ibu bersalin dapat beradaptasi terhadap nyeri dengan lebih baik (Rahmawati, 2019). Menurut penulis apabila ibu mendapatkan dukungan maka ketakutan dan kecemasan yang dirasakan ibu akan mereda dan diikuti oleh respons tubuh, sehingga ibu mampu mengendalikan diri dengan nyeri kontraksi yang ada.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Pada waktu dilaksanakan evaluasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pasien mengatakan nyeri semakin sering dan pasien dengan nyeri yang dirasakan. Namun merasa lebih baik setelah melakukan relaksasi tarik nafas dalam.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, cairan merembes sudah berkurang dan perut kencang – kencang selama 3 x 24 jam dan masalah teratasi pada tanggal 18 Januari 2024.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi diagnosa ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mengatakan masih takut terjadi hal yang tidak diinginkan terhadap kondisi bayi didalam kandungan jika air ketuban terus merembes sebelum melahirkan, pasien masih gelisah dan sering buang air kecil. Masalah belum dapat teratasi. Intervensi dilanjutkan kembali. Saat dilakukan evaluasi pada 18 Januari 2024 WIB pasien mengatakan lega sekaligus sedih bayinya lahir namun dalam kondisi meninggal dunia, namun pasien berusaha ikhlas. Masalah ansietas dapat teratasi.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan maternitas pada Ny. R dengan G4P2A2 UK 20/21 Minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa mengambil beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan ketuban pecah prematur.

#### **5.1 Simpulan**

1. Pada pengkajian ditemukan adanya rembesan cairan yang keluar melalui vagina berwarna jernih yang akan menyebabkan munculnya masalah risiko infeksi. Pada pengkajian juga ditemukan adanya ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. R khawatir dengan keselamatan bayi dalam kandungannya jika air ketuban terus merembes sebelum waktunya persalinan, ibu tampak gelisah, tegang, sering berkemih dengan frekuensi 8 kali dalam waktu 6 jam.
2. Diagnosa yang muncul pada pasien yaitu: resiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya), ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, defisit pengetahuan berhubungan kurangnya terpapar informasi
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yaitu risiko infeksi, setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan tujuan utama tidak terjadi infeksi dengan pemantauan tanda-tanda infeksi, dan pemberian asupan nutrisi dan cairan yang adekuat. Ansietas, setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan tujuan utama tingkat ansietas menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, tekanan darah menurun, frekuensi nadi menurun, muka pucat menurun, dan pola

berkemih membaik dengan latihan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dan juga latihan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memantau tanda-tanda vital, memantau tanda infeksi, memantau tanda ansietas secara verbal maupun nonverbal, melakukan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi ansietas, memberikan antibiotik cefobactam 1,5gram dalam NS 100 cc untuk mencegah terjadinya infeksi.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi Hasil evaluasi pada Ny. R sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien dipindahkan di Ruang F1 pada tanggal 18 Januari 2024

## **5.2 Saran**

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketuban pecah prematur.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andalas, Mohd dkk. (2019). Ketuban Pecah Dini dan Tata Laksananya. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Volume 19 Nomor 3. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <http://jurnal.unsyiah.ac.id/JKS/article/view/18119>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Premature Rupture of Membranes. *ACOG*. 123 (5) : 1118–1132. <https://www.doi.org/doi.org/10.1097/AOG.0000000000001048>
- Alim, Zainal, & Yeni Agus S. (2016). Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Hamil Trimester III di Rumah Sakit Bantuan Lawang. *Jurnal Kesehatan Hesti Wirasakti*. Volume 4 Nomor 1, 101–109. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <https://jurnal.poltekkes-soepraoen.ac.id/index.php/HWS/article/view/128>
- Andalas, Mohd dkk. (2019). Ketuban Pecah Dini dan Tata Laksananya. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Volume 19 Nomor 3. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <http://jurnal.unsyiah.ac.id/JKS/article/view/18119>
- Aseptia, Beti., Tinuk Esti Handayani., & Agung Suharto. (2013). Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini dengan Perpanjangan Kala 1 Persalinan. *2-TRIK: Tunas-Tunas Riset Kesehatan*. Volume 3 Nomor 4. Diakses pada 06 Juli 2022. Retrieved from <https://jurankebidanan.poltekkesdepkes-sby.ac.id>
- Astuti, P. H. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I Kehamilan*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Azisyah, Afifatul., Sri Wahyuni, & Hernandia Distinarista. (2019). Hubungan antara Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan Tingkat Kecemasan pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Prosiding Seminar Nasional Konstelasi Ilmiah Mahasiswa Unissula (KIMU) Klaster Kesehatan*. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/kimukes/article/view/7941>
- Fadlun, Feryanto. (2011). *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: EGC.
- Hasan, Nurul Annisa. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan Aterm di RSUD Lanto DG. Pasewang Jeneponto Tahun 2016-2019. *Skripsi*. Makassar: Universitas Muhammadiyah Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
- Helmi, Nur & Zulmeliza Rasyid. (2020). Determinan Persalinan Sectio Caesarea Pada Ibu Bersalin Suatu Rumah Sakit di Kota Pekanbaru Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Komunitas*. Volume 6 Nomor 1, 115-120. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <http://jurnal.htp.ac.id>
- Izati, Diffa Khuni'. (2020). Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan Diagnosa Medis "Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini" di Ruang Nifas RSUD Bangil Pasuruan. *Karya Tulis Ilmiah*. Sidoarjo: Akademi Keperawatan Kerta Cendekia.
- Jazayeri, Allahyar. (2015). *Premature Rupture of Membranes*. Amerika: Medscape Reference: Drugs, Diseases & Procedure.

- Kennedy, Betsy B. (2014). Modul Manajemen Intrapartum. Jakarta: EGC.
- Lazuarti, Selvy. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum dengan Ketuban Pecah Dini yang Dirawat di Rumah Sakit. Karya Tulis Ilmiah. Samarinda: Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.
- Legawati & Riyanti. (2018). Determinan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Cempaka RSUD DR Doris Sylvanus Palangkaraya. *Jurnal Surya Medika*. Volume 3 Nomor 2, 95-105. Diakses pada 24 Juni 2022. Retrieved from <https://www.neliti.com/publications/258707/determinan-kejadian-ketuban-pecah-dini-kpd-di-ruang-cempaka-rsud-dr-doris-sylvan>
- Lockhart, Anita & Lyndon Saputra. (2014). Asuhan Kebidanan Neonatus Normal dan Patologis. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara Publisher.
- Maharrani, Titi & Evi Yunita Nugrahini. (2017). Hubungan Usia, Paritas dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Jagir Surabaya. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Volume 8 Nomor 2. Diakses pada 29 Juni 2022. Retrieved from <https://forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/view/44>
- Masruroh, Antik. (2019). Asuhan Keperawatan pada Ny. N dengan Diagnosa Medis Post Op Sectio Caesarea dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Nifas RSUD Bangil. Karya Tulis Ilmiah. Sidoarjo: Akademi Keperawatan Kerta Cendekia.
- Matondang, dkk. (2013). *Diagnosis Fisik pada Anak*, Edisi 2. Jakarta: PT. Sagung Seto.
- Mochtar, Rustam. (2012). *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Edisi III. Jakarta: EGC.
- Nora, Hilwah. (2012). Manajemen Aktif Persalinan Kala Tiga. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Volume 12 Nomor 3. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <http://jurnal.unsyiah.ac.id/JKS/article/view/3516>
- Norma, D. N & Dwi S. M. (2013). *Asuhan Kebidanan Patologi: Teori dan Tinjauan Kasus*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2012). *Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2012). *Patologi Kebidanan: Ketuban Pecah Dini*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurhayani, Sitti & Anita Rosanty. (2015). Efektivitas Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Kontraksi Uterus Kala I Aktif Pada Persalinan Normal. *Jurnal MKMI (Media Kesehatan Masyarakat Indonesia)*. Volume 11 Nomor 2, 184-188. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <https://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/537>
- Podungge, Yusni. (2020). Asuhan Kebidanan Komprehensif. *Jambura Health and Sport Journal*. Volume 2 Nomor 2. Diakses pada 30 Juni 2022. Retrieved from <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jhsj/article/view/7102/0>
- POGI. (2016). *Ketuban Pecah Dini*. Indonesia: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.
- Prastuti, Ananda. (2016). Perbandingan Morbiditas Perinatal pada Ketuban Pecah Dini  $\geq 18$  Jam dengan  $< 18$  Jam di RSUD Dr. M. Soewandhie Surabaya. Skripsi.

Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

- Pratiwi, Ika., & Sri Rahayu. (2018). Studi Pendahuluan: Pengukuran pH Cairan Ketuban. *Journal of Midwifery*. Volume 6 No 2. Diakses pada 01 Juli 2022. Retrieved from <https://jurnal.unived.ac.id/index.php/JM/article/view/628>
- Puspitasari, Renny Novi. (2019). Korelasi Karakteristik dengan Penyebab Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di RSUD Denisa Gresik. *Indonesian Journal for Health Sciences*. Volume 3 Nomor 1. Diakses pada 01 Juli 2022. Retrieved from <https://journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS/article/view/1609>
- Prabantori, dkk. (2011). Peran Endinuclease-G sebagai Biomark Kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini. *JBP*. Volume 13 Nomor 1. Diakses pada 12 Juli 2022. Retrieved from <http://journal.unair.ac.id>
- Rahmatina, Yanti. (2018). Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana Tanggal 13 s/d 15 November Tahun 2019. Karya Tulis Ilmiah. Kupang: Stikes Citra Husada Mandiri.
- Rahmawati, Wiwin R., Siti Arifah & Anita Widiastuti. (2019). Pengaruh Pijat Punggung terhadap Adaptasi Nyeri Persalinan Fase Aktif Lama Kala II dan Perdarahan Persalinan pada Primigravida. Artikel Penelitian. Program Studi Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang.
- Ratnawati, Nopi A. (2016). Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S Umur 34 Tahun G2P1A0 Umur Kehamilan 39 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Assalam Gemolong Sragen. Karya Tulis Ilmiah. Surakarta: Stikes Kusuma Husada.
- Rhomadona, Shinta Wurdiana. (2019). Gambaran Karakteristik Ibu, Nilai Bishop dan Cara Terminasi Persalinan pada Persalinan Kala 1 dengan Induksi pada Ketuban Pecah Dini di RSUD K.M.R.T Wongsonegoro, Kota Semarang.
- Jurnal Kebidanan. Vol 8 No 1. Diakses pada 11 Juli 2022. Retrieved from <https://jurnal.stikeswilliambooth.ac.id/index.php/Keb/article/view/191>
- Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi Jawa Timur Riskesdas 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Rohmawati, Nur & Arulita Ika Fibriana. (2018). Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, Volume 2 Nomor 1. Diakses pada 24 Juni 2022. Retrieved from <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- Saifuddin, A. (2014). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Setiadi. (2012). Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan: Teori & Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudarmi. (2013). Hubungan Ketuban Pecah Dini  $\geq 12$  Jam dengan Gawat Janin di Ruang Bersalin RSUP NTB. *Media Bina Ilmiah*, Volume 7 Nomor 5. Diakses pada 24 Juni 2022. Retrieved from <https://docobook.com/5-hubungan-ketuban-pecah-dini-12-jam-dng-gawat-janin-sudarmi.html>
- Syarwani, Teuku I., Hermie M. M. Tendean., & John J. E. Wantania. (2020). Gambaran Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado

- Tahun 2018. *Medical Scope Journal (MSJ)*. Volume 1 Nomor 2, 24-29. Diakses pada 24 Juni 2022. Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/msj/article/view/27462>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2019). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Widayati, Christina Nur, & Juwita Rini Eka Utami. (2016). Pengaruh Manajemen Aktif Terhadap Persalinan Kala Tiga dan Kala Empat di Ruang Bersalin RSUD dr. R. Soedjiati Purwodadi. *The Shine Cahaya Dunia D-III Keperawatan*. Volume 1 Nomor 1. Diakses pada 01 Juli 2022. Retrieved from <https://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep/article/view/45>
- Widiawati, Ida & Titi Legiati. (2013). Mengenal Nyeri Persalinan pada Primipara dan Multipara. *Jurnal BIMTAS (Kebidanan UMTAS)*, Volume 2 Nomor 1. Diakses pada 01 Juli 2022. Retrieved from <https://journal.umtas.ac.id/index.php/bimtas/article/view/340>
- Wulandari, I. A., Febrianti, M., & Octaviani, A. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Sitti
- Khadijah I Makassar Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*. Volume 3 Nomor 1, 52-56. Diakses pada 24 Juni 2022. Retrieved from <https://ojs.iikpelamonia.ac.id/index.php/delima/article/view/110>

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 SOP Pemeriksaan Dengan Kertas Lakmus

	<b>Melakukan Pemeriksaan Dengan Kertas Lakmus (Lakmus Test)</b>		
	No Dokumen	No Revisi	Halaman 1 dan 2
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	Tanggal Terbit 17-Juli-2017	Ditetapkan, Direktur Rumah Sakit	
<b>Pengertian</b>	Melakukan pemeriksaan untuk mengenali air ketuban dengan menggunakan kertas lakmus		
<b>Tujuan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk membantu penegakan diagnosa</li> <li>- Untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan</li> </ul>		
<b>Prosedur</b>	Prosedur Persiapan Pasien : 1. Keluarga diberitahu tentang maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan 2. Pasien ditidurkan terlentang dengan posisi lithotomy 3. Menyiapkan lingkungan pasien dengan menutup tabir/korden Persiapan alat : 1. Alat Pelindung Diri (APD), yaitu handscoon steril, skort, topi dan masker 2. Kapas 3. Air steril 4. Bengkok 5. Lakmus kertas 6. Spekulum 7. Tampon tang 8. Tatus pasien 9. Alat tulis		
	<b>MELAKUKAN PEMERIKSAAN DENGAN KERTAS LAKMUS (LAKMUS TEST)</b>		
	No Dokumen	No Revisi	Halaman 2 dari 2
	Prosedur Pelaksanaan 1. Baca ulang identifikasi pasien 2. Lakukan cuci tangan 3. Pakai handscoon 4. Siapkan peralatan 5. Bersihkan vulva dengan kapas yang dibasahi dengan air steril dengan arah dari atas ke bawah 6. Masukkan spekulum ke dalam liang vagina sampai terlihat porsio 7. Jepit kertas lakmus dengan tampon tang lalu dimasukkan ke dalam vagina sampai mencapai porsio, kemudian kertas lakmus diusapkan ke porsio 8. Tarik atau keluarkan tampon tang dari liang vagina (berserta kertas lakmus) 9. Tentukan hasil pemeriksaan dengan cara : - Bila kertas lakmus berubah warna menjadi biru, maka hasilnya (+) positif		

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bila kertas lakmus tidak berubah warna maka hasilnya (-) negatif</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>10. Bereskan peralatan</li><li>11. Lepaskan handscoon</li><li>12. Lakukan cuci tangan</li><li>13. Tulis hasil pemeriksaan pada dokumen rekam medis pasien</li><li>14. Laporkan hasil pemeriksaan pada dokter yang merawat</li></ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Instalasi Rawat Jalan</li><li>- Instalasi Gawat Darurat</li><li>- Instalasi Rawat Inap</li></ul>

## Lampiran 2

	<b>Melakukan pemeriksaan Dengan Kertas Lakmus (Lakmus Test)</b>		
	No Dokumen	No Revisi	Halaman 1 dan 3
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	Tanggal Terbit 2020	Ditetapkan, Direktur Rumah Sakit	
<b>PENGERTIAN</b>	Melakukan pemeriksaan untuk mengenali air ketuban dengan menggunakan kertas lakmus		
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk membantu penegakan diagnosa.</li> <li>• Untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan</li> </ul>		
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pada ibu hamil terkait prosedur yang akan dilakukan dan jelaskan tujuan</li> <li>2. Minta ibu untuk mengosongkan kandung kemih sebelum memulai prosedur, jika ia belum berkemih</li> <li>3. Minta ibu untuk berbaring terlentang pada tempat pemeriksaan, dengan lutut sedikit ditekuk</li> <li>4. Berikan bantal</li> <li>5. Berikan privacy dengan menutup tirai</li> <li>6. Periksa cuci tangan</li> <li>7. Setelah ibu siap, maka lakukan pemeriksaan Leopold 1-4 (Reeder, 2011)</li> </ol> <p>Leopold 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka pakaian pasien pada bagian yang akan diperiksa saja yaitu bagian abdomen (perut ibu) dan berikan selimut</li> <li>2. Periksa berdiri menghadap ke ibu hamil</li> <li>3. Setelah mencuci tangan gosok-gosokkan kedua tangan, lalu secara perlahan letakkan kedua tangan pada abdomen</li> <li>4. Lakukan palpasi pada abdomen dengan cara menyusui tangan dari abdomen bagian bawah sampai ke fundus</li> <li>5. Pastikan apakah bagian yang dipalpasi pada bagian fundus ibu itu bagian kepala janin atau bokong dengan memantau konsistensi, bentuk dan mobilitasnya. Jika bagian kepala keras membulat, jika lunak itu kemungkinan bagian bokong</li> </ol>		

	<p>6. Mengukur tinggi fundus uteri (TFU) dengan menggunakan meteran (pita mengukur) mulai dari bagian symphysis sampai ke fundus.</p> <p>Leopold 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghadap ke bagian ibu, letakkan kedua tangan pada sisi kiri dan kanan abdomen ibu hamil</li> <li>2. Tahan satu tangan di satu sisi abdomen ibu hamil, sementara permukaan jari tangan yang lain secara bertahap memalpasi abdomen ibu pada sisi yang lain dari bagian bawah uterus sampai dengan fundus</li> <li>3. Rasakan bagian-bagian yang dipalpasi, jika bagian yang dipalpasi teraba keras seperti papan maka itu merupakan bagian punggung janin, jika tidak teraba keras atau teraba bagian kecil maka itu ekstermitas janin</li> <li>4. Ulangi tindakan no 3 pada sisi abdomen yang lain. Tangan yang telah digunakan untuk memalpasi tetap diam di tempat dan tangan lainnya melakukan palpasi</li> <li>5. Tentukan bagian mana yang teraba keras, jika yang teraba keras pada bagian kanan ibu hamil maka letak punggung kanan (puka), jika yang teraba keras memanjang keras seperti papan pada bagian kiri, maka posisi janin punggung kiri (puki)</li> </ol> <p>Leopold 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pegang bagian bawah abdomen secara mantap, tepat diatas simpisis pubis diantara ibu jari dan jari lainnya.</li> <li>2. Tekan ibu jari dan jari-jari tangan lainnya secara bersamaan sebagai usaha untuk memegang bagian presentasi janin.</li> <li>3. Rasakan apakah kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP).</li> </ol> <p>Leopold 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdiri menghadap ke kaki ibu</li> <li>2. Letakkan ujung jari kedua tangan pada kedua sisi garis tengah sekitar 2 inch di atas ligament inguinal</li> <li>3. Beri tekanan menurun dan searah dengan saluran lahir, gerakkan jari bersamaan</li> <li>4. Tentukan apakah bagian bawah janin sudah memasuki pintu atas panggul dan seberapa bagian yang masuk ke pintu atas panggul</li> <li>5. Jika kedua tangan didapatkan divergen berarti kepala sudah melewati pintu atas panggul</li> <li>6. Jika kedua tangan pada pinggir kepala konvergen berarti kepala belum masuk pintu atas panggul</li> </ol>
--	--

<b>Unit Terkait</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instalasi Rawat Jalan</li><li>• Poli KIA</li></ul>
---------------------	--

