

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. C
DENGAN G6P4A1 UK 39/40 MINGGU KETUBAN PECAH
PREMATUR DI RUANG VK IGD RSPAL DR RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

ROESITA JUNAEDI PUTRI, S.Kep
NIM. 2130092

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. C DENGAN
G6P4A1 UK 39/40 MINGGU KETUBAN PECAH PREMATUR
DI RUANG VK IGD RSPAL DR RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh :

ROESITA JUNAEDI PUTRI, S.Kep
NIM. 2130092

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juli 2022
Penulis,



Roesita Junaedi Putri, S.Kep
NIM. 213.0092

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Roesita Junaedi Putri, S.Kep

NIM : 2130092

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. C dengan G6P4A1
UK 39/40 Minggu Ketuban Pecah Prematur Di Ruang VK IGD
RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 04 Juli 2021

Pembimbing I



Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat
NIP. 03025

Pembimbing II



Anti Widayani, S.Keb.Bd
NIP. 196807041990032002

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 04 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Roesita Junaedi Putri

NIM : 2130092

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. C dengan G6P4A1 UK 39/40 Minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Penguji I : Puji Hastuti, M.Kep., Ns
NIP. 03010**



**Penguji II : Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat
NIP. 03025**



**Penguji III : Anti Widayani, S.Keb.Bd
NIP. 196807041990032002**



**Mengetahui.
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'divah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 04 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. C dengan G6P4A1 UK 39/40 Minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi mendapat banyak bimbingan, pengarahan dan 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. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., FINASIM., M.M., selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Penguji 1 yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat selaku penguji dan pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang selalu sabar memberikan bimbingan, saran, masukan, dan pengarahan yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Anti, S.Keb.Bd selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. 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 Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Kedua orang tua dan adik saya yang telah memberikan dukungan dan doa
10. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.

Semoga Allah membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, motivasi, dan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Penulis berusaha untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, peneliti mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak untuk menyempurnakannya. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PENYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
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 Metoda Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Ketuban Pecah Prematur	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Klasifikasi	10
2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Tanda dan Gejala	12
2.1.5 Patofisiologi	12
2.1.6 Komplikasi	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.8 Pencegahan	15
2.1.9 Penatalaksanaan	16
2.1.10 Dampak Masalah	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Prematur	21
2.2.1 Pengkajian	21
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	31
2.2.3 Intervensi Keperawatan	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	36
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	36
2.3 Kerangka Masalah Keperawatan Ketuban Pecah Prematur	37

BAB 3 TINJAUAN KASUS	38
3.1 Pengkajian	38
3.1.1 Identitas Pasien	38
3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini.....	38
3.1.3 Riwayat Keperawatan	39
3.2 Analisa Data	46
3.3 Prioritas Masalah	47
3.4 Intervensi Keperawatan	48
3.5 Implementasi Keperawatan	51
BAB 4 PEMBAHASAN	60
4.1 Pengkajian	60
4.1.1 Data Dasar	60
4.1.2 Pemeriksaan Fisik	62
4.2 Diagnosa Keperawatan	63
4.3 Intervensi Keperawatan	67
4.4 Implementasi Keperawatan	68
4.5 Evaluasi	73
4.6 Keterbatasan Penelitian	75
BAB 5 PENUTUP	76
5.1 Simpulan	76
5.2 Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel <i>Bishop Skore</i>	18
Tabel 3.1	Tabel Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas	40
Tabel 3.2	Tabel Analisa Data	46
Tabel 3.3	Tabel Prioritas Masalah	47
Tabel 3.4	Tabel Intervensi Keperawatan	48
Tabel 3.5	Tabel Implementasi Keperawatan	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Penentuan Air Ketuban dengan Kertas Lakmus	15
------------	--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	85
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	86
Lampiran 3 Standar Prosedur Operasional Induksi Persalinan dengan Oksitosin Drip	88
Lampiran 4 Standar Prosedur Operasional Persalinan Normal	90
Lampiran 5 Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Akhir	100
Lampiran 6 Lembar Revisi Sidang Karya Ilmiah Akhir	101

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AFI	: <i>Amniotic Fluid Index</i>
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
CHPB	: Corton, HIS, Penurunan, Bandle
CM	: Centimeter
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DPP PPNI	: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
DTT	: Disinfektan Tingkat Tinggi
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GPA	: Gravidita Paritas Abortus
VK	: Verlos Kamer Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intramuskuler
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IUD	: <i>Intra Uterin Device</i>
IV	: Intravena
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KPP	: Ketuban Pecah Prematur
MG	: Miligram
MmHg	: <i>Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)</i>
NICH	: <i>National Institute of Child Health and Human Development</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>
RSIA	: Rumah Sakit Ibu dan Anak
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
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 (WHO) telah memaparkan bahwa pada tahun 2017 angka kejadian ketuban pecah dini di dunia sebanyak 50-60% (Wulandari, et al., 2019). Di Indonesia pada tahun 2020 angka kejadian ketuban pecah dini sebanyak 65% (Wulandari, et al., 2019). Di Jawa Timur pada tahun 2018 angka

kejadian ketuban pecah dini sebanyak 4,07% (Risksedas, 2018). Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6-19%, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan (Syarwani, 2020). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapatkan hasil kejadian pecah dini pada kehamilan aterm pada bulan Januari hingga April 2022 sebanyak 44,18% dari 43 kasus kehamilan dengan KPP. Dan sebanyak 55,81% dari 43 kasus kehamilan dengan KPP pada kehamilan preterm.

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 KPD 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. C dengan G6P4A1 Umur Kehamilan 39/40 Minggu dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas pada Ny. C dengan G6P4A1 UK 39/40 Minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan maternitas pada Ny. C dengan G6P4A1 UK 39/40 Minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya .
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien dengan Ketuban Pecah Prematur.

2. Secara Praktis

- a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Ketuban Pecah Prematur sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Ketuban Pecah Prematur serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi Keluarga dan Pasien

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 post partum di rumah agar disability tidak berkepanjangan.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan Ketuban Pecah Prematur sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metoda Penulisan

1. Metoda

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.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang di peroleh dari pasien.

b. Data Sekunder

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

c. Studi kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, pernyataan keaslian laporan, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran dan daftar singkatan.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Bab 1	Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
Bab 2	Tinjauan Pustaka : yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan Ketuban Pecah Prematur.
Bab 3	Tinjauan Kasus : Hasil yang berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
Bab 4	Pembahasan : pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.
Bab 5	Penutup : Simpulan dan Saran

3. Bagian terakhir, terdiri dari daftar pustaka, daftar riwayat hidup, motto dan persembahan serta lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi : 1) Konsep Ketuban Pecah Prematur, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Prematur, 3) Kerangka Masalah Keperawatan Ketuban Pecah Prematur

2.1 Konsep Ketuban Pecah Prematur

2.1.1 Definisi

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.

2.1.2 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 ≥ 37 minggu (POGI, 2016).

2.1.3 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 *gonorrhoea*, *streptococcus*, *group B* dan *grandelavaginalis bacteriolis fragilis*, *lactobacilli*, *shaphylococcus*. Bakteri ini melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan adanya pembukaan dan perubahan serviks dan pecahnya selaput ketuban.

2. Serviks yang inkompetensia

Kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, *curetage*).

3. Tekanan intrauterin

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 >4000 gram menimbulkan overdistensi uterus yang mengakibatkan uterus menipis/selaput merangsang dan pecah.

8. Hipermoftalitas

Kontraksi otot uterus rahim menjadi meningkat yang menekan selaput amnion.

9. Faktor lain :

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

2.1.4 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).

2.1.5 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).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat ketuban pecah dini yaitu :

1. Komplikasi pada Ibu

- 1) Infeksi intrapranatal dalam persalinan
- 2) Infeksi puerperalis/masa nifas
- 3) *Dry labour* (partus lama)
- 4) Perdarahan post partum
- 5) Meningkatkan tindakan operatif obstetric khususnya SC
- 6) Morbilitas dan mortalitas maternal (Rahmawati 2014 dalam Izati 2020).

2. Komplikasi pada Janin

- 1) Prematuritas

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah *Respiratory Distress Syndrome*, *Neonatal Feeding Problem*, dan hipotermia.

- 2) *Prolaps funiculli* (penurunan tali pusat)

Hipoksia dan afiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi).

- 3) Sindrom deformitas janin
- 4) Morbilitas dan mortalitas perinatal (Rahmawati 2014 dalam Izati 2020).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus KPD, yaitu :

1. Pemeriksaan Laboratorium

1) Tes Lakmus (tes nitrazin)

- a. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsistensi, bau, dan pHnya.
- b. Cairan yang keluar dari vagina ini adalah kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina.
- c. Secret vagina ibu pH: 4,5-5,5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kering
- d. Tes lakmus jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan 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 yang ada pada kertas lakmus memudahkan sisa air ketuban yang ada disarung 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).

Larutan	Kertas Lakmus	
	Lakmus Merah	Lakmus Biru
Asam	Tetap Merah	Berubah menjadi Merah
Netral	Tetap merah	Tetap Biru
Basa	Berubah Menjadi Biru	Tetap Biru

2.1 Gambar Penentuan Air Ketuban dengan Kertas Lakmus

- 2) 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.

- 1) *Amniotic Fluid Index* (AFI)
- 2) Aktivitas janin
- 3) Pengukuran berat badan janin
- 4) Detak jantung janin
- 5) Kelainan kongenital atau deformitas

2.1.8 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).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penanganan ketuban pecah dini pada kehamilan, yaitu :

1. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm
 - 1) Rawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenbreg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan mencapai 37 minggu.
 - 2) Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazole 2x500 mg selama 7 hari.
 - 3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.

- 4) 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.
 - 5) 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.
 - 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan antibiotik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam.
 - 7) Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi
 - 8) 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
- 1) Kehamilan >37 minggu induksi dengan oksitosin bila gagal SC. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
 - 2) Bila ada tanda-tanda infeksi beri antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri dengan :
 - a. 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

2.1 Tabel *Bishop Score*

Faktor	Nilai			
	0	1	2	3
Pembukaan serviks	0	1-2	3-4	≥ 5
Pendataran serviks (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Penurunan kepala (cm)	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Konsistensi serviks	Keras	Sedang	Lunak	Amat lunak
Posisi serviks	Posterior	Tengah	Anterior	Anterior

Sumber : Nugroho (2012:59)

- 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 ≥ 6 , maka induksi cukup dilakukan dengan oksitosin
- d) Jika ≤ 5 maka matangkan dulu serviks dengan prostaglandin atau *cateter folley*.

b. Persalinan secara normal/pervaginam

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

c. *Sectio Caesarea*

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

- 1) Kaji denyut jantung janin setiap jam, suhu, nadi setiap 2 jam.
- 2) Lakukan DJJ setiap jam sebelum persalinan.
- 3) Hindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu untuk menghindari terjadinya infeksi (Lockhart dan Lyndon, 2014).

2.1.10 Dampak Masalah

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

1. Terhadap klien

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Prematur

2.2.1 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).

1) Identitas

- a. Nama : dikaji untuk mengenal dan mengetahui nama pasien agar tidak keliru dalam memberikan asuhan keperawatan.
- b. Umur : untuk mengetahui umur pasien, pada ibu yang sangat rentan terjadi ketuban pecah dini yaitu usia 35 tahun keatas.
- c. Agama : sebagai keyakinan individu untuk proses kesembuhannya.
- d. Suku/bangsa : dikaji untuk mengetahui kebiasaan-kebiasaan atau adat istiadat yang mempengaruhi kesehatan.
- e. Pendidikan : dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien, semakin tinggi tingkat pendidikan pasien maka semakin mudah pasien menerima informasi dari petugas kesehatan.

- f. Pekerjaan : dikaji untuk mengukur dan mengetahui tingkat sosial ekonominya. Semakin berat pekerjaan, maka resiko terjadinya ketuban pecah dini akan semakin besar.
- g. Alamat : dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

2) Riwayat Kesehatan

a. 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)

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

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

g. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

h. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

i. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) 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).

b) 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).

c) 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).

d) 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).

e) Aktivitas Sexual

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

f) 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

1) Pemeriksaan Umum

a. 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.

b. 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).

c. Tekanan Darah

Untuk mengetahui faktor risiko hipertensi atau hipotensi. Keadaan normal 110/60 sampai 140/90 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).

d. 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).

e. Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam satu menit, frekuensi denyut jantung normalnya 60-100 kali per menit

f. 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.

g. Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu

h. Berat badan

Untuk mengetahui berat badan ibu

i. Lingkar lengan atas

Untuk mengetahui lingkar lengan ibu

2) Pemeriksaan Fisik

a. 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.

b. 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.

c. Abdomen

a) Inspeksi

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

b) Palpasi

- 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.

- 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*).

- 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).

- 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.

- Leopold IV : untuk menentukan apa yang bagian terbawah janin dan seberapa jauh sudah masuk pintu atas panggul (Mochtar, 2012)
- 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).

d. 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.

e. 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.

3) Pemeriksaan Penunjang

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

a. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan pHnya. Sekret vagina ibu hamil pH (4-5).

a) 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

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

b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

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

2.2.2 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. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi persalinan (SDKI, D.0138; 298)
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111; 246)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

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

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya)
 - 1) Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.
 - 2) Kriteria Hasil : **Tingkat Infeksi** (SLKI, L.14137; 139).
 - a. Demam menurun
 - b. Kemerahan menurun
 - c. Nyeri menurun

- d. Bengkak menurun
- e. Kadar sel darah putih membaik

3) Intervensi : **Pencegahan Infeksi** (SIKI, 1.4539; 278)

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

2. Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks

- 1) Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri adekuat dan ibu dapat beradaptasi dengan nyeri saat kontraksi
- 2) Kriteria Hasil : Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan
- 3) Intervensi : **Manajemen Nyeri** (SIKI, 1.08238; 201)
 - a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - b. Identifikasi skala nyeri
 - c. Identifikasi respons nyeri non verbal
 - d. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
 - e. Jelaskan penyebab nyeri
 - f. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - g. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian
 - 1) Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun.
 - 2) Kriteria Hasil : **Tingkat Ansietas** (SLKI, L.09093; 132).
 - a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
 - b. Perilaku gelisah menurun
 - c. Perilaku tegang menurun
 - d. Frekuensi pernapasan menurun
 - e. Frekuensi nadi menurun
 - f. Pola berkemih membaik
 - 3) Intervensi : **Reduksi Ansietas** (SIKI, 1.09314; 387)
 - a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
 - b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)
 - c. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
 - d. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
 - e. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami
 - f. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
 - g. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - h. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
 - i. Latih teknik relaksasi

4. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi persalinan.
 - 1) Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.
 - 2) Kriteria Hasil **Tingkat Cedera** (SLKI, L.14136; 135).

Kejadian cedera pada janin menurun
 - 3) Intervensi : **Pemantauan Denyut Jantung Janin** (SIKI, 1.02056; 239)
 - a. Identifikasi status obstetrik
 - b. Identifikasi riwayat obstetrik
 - c. Atur posisi pasien
 - d. Lakukan manuver leopard untuk menentukan posisi janin
 - e. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit
 - f. Monitor denyut jantung janin
 - g. Monitor tanda vital ibu
 - h. Informasikan hasil pemantauan
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 - 1) Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.
 - 2) Kriteria Hasil : **Tingkat Pengetahuam** (SLKI, L.12111; 146).
 - a. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
 - b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
 - c. Perilaku membaik

- 3) Intervensi : **Edukasi Proses Penyakit** (SIKI, 1.12444; 106)
 - a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
 - b. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit
 - c. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit
 - d. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi
 - e. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan
 - f. Informasikan kondisi pasien saat ini
 - g. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa

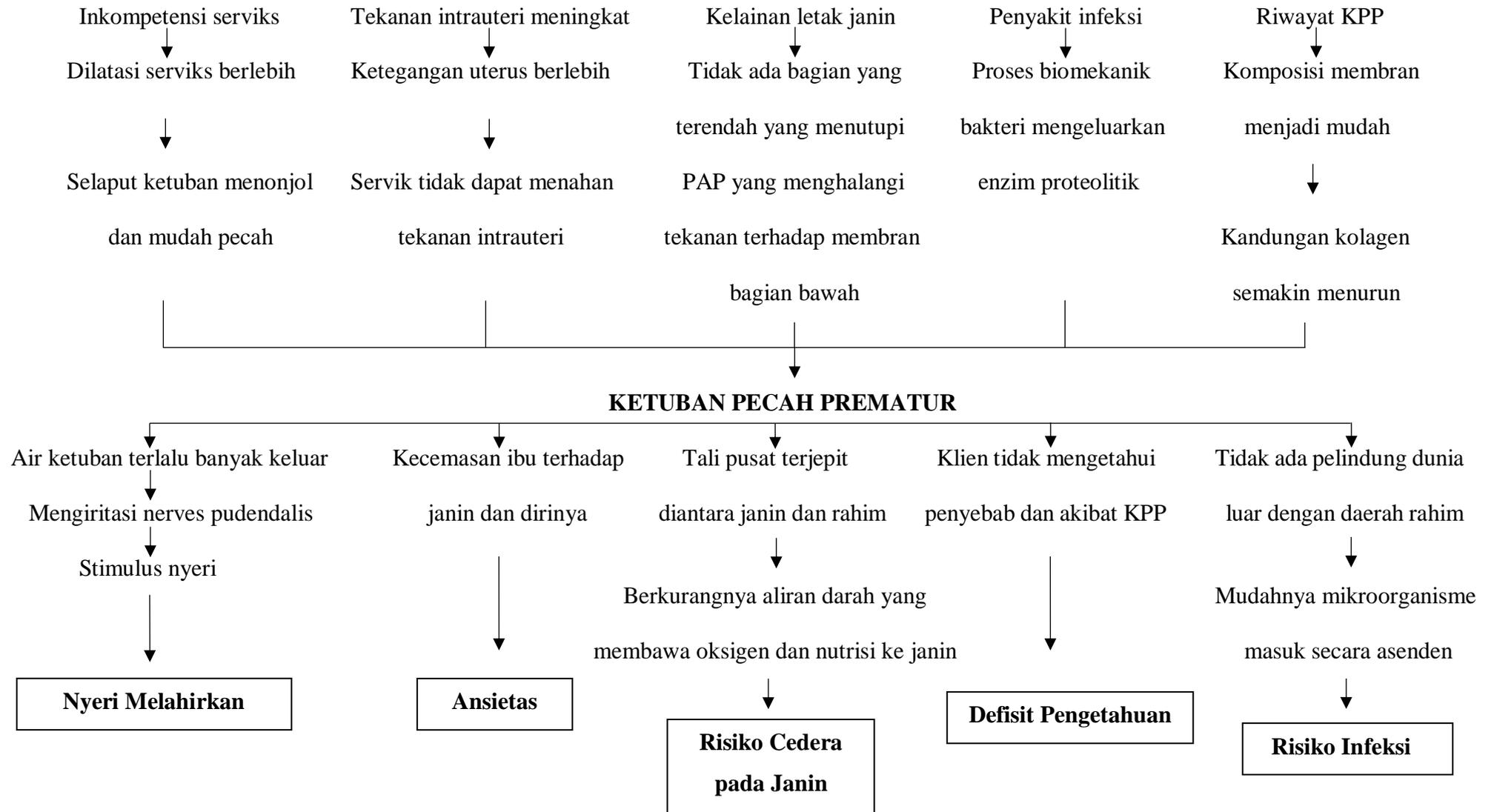
2.2.4 Implementasi Keperawatan

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 (*self care*) dengan penyakit yang dialami oleh pasien sehingga pasien mencapai derajat kesembuhan yang optimal dan efektif (Lazuarti, 2020)

2.2.5 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).

2.3 Kerangka Masalah Keperawatan Ketuban Pecah Prematur



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menguraikan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas pada wanita hamil dengan ketuban pecah prematur, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada tanggal 14 Maret 2022 sampai tanggal 19 Maret 2022 dengan data pengkajian tanggal 14 Maret 2022 pukul 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan data observasi perawat sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. C berusia 37 tahun, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir D3. Pasien bertempat tinggal di Kota Surabaya. Pasien menikah sah dengan suami dengan pernikahan yang pertama sudah berjalan 17 tahun hingga saat ini. Pasien adalah istri dari Tn. K berusia 40 tahun, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, pekerjaan sebagai karyawan swasta dengan pendidikan terakhir S1, dan tinggal bersama istrinya di Kota Surabaya.

3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini

Keluhan utama pasien mengeluh kencing dan nyeri pada perut dan keluar cairan yang merembes dari vagina.

Riwayat penyakit sekarang :

Pada tanggal 14 Maret 2022 pukul 06.00 WIB pasien Ny. C datang ke Ponok IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya bersama dengan suaminya menggunakan kendaraan pribadi.

Setelah dilakukan pengkajian awal didapatkan pasien mengeluh keluar cairan dari vagina pada tanggal 13 Maret 2022 jam 05.00 WIB, cairan yang merembes berwarna hijau jernih, pasien mengeluh kencing sejak 1 hari yang lalu pada 13 Maret 2022 jam 14.00 WIB, semakin sering sejak dini hari tiap 10 menit. Kemudian pasien dipindah ke ruang VK IGD pada pukul 06.30 WIB untuk dilakukan observasi lanjut. Setelah dilakukan pengkajian di VK IGD didapatkan hasil pasien mengeluh kencing dan nyeri pada perut tembus ke punggung dengan skala 8, nyeri seperti ditekan dan ditusuk, nyeri dirasakan terus menerus saat kontraksi, kemudian menghilang saat selesai kontraksi dan timbul lagi saat kontraksi kembali muncul disertai keluar cairan yang merembes dari vagina. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 144/93 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,9°C pernapasan 20x/menit DJJ 153x/dopp, TFU 32 cm, VT pembukaan 3 cm, eff 50%, ketuban merembes berwarna hijau jernih, HIS 2x15 detik dalam 10 menit, pasien mendapatkan terapi cinam 1,5 gram. Pasien didiagnosa G6P4A1 UK 39/40 minggu dengan KPP+inpartu.

3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Obstetri

Pasien Ny. C menstruasi pertama kali (*menarche*) pada saat berusia 14 tahun, siklusnya kadang teratur kadang tidak teratur, lama haid yaitu 7 hari, banyaknya 2-3 pembalut per hari, keluhan saat haid pasien biasanya pasien mengalami *disminore* saat hari pertama menstruasi. Hari pertama haid terakhir pada tanggal 12 Juni 2021 dengan tanggal tafsiran persalinan yaitu 15 Maret 2022.

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Anak ke		Kehamilan	Persalinan			Komplikasi nifas			Anak			
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laser	Infeksi	Perdarahan	Jenis	Berat Badan	PJ
1.	2006	39 minggu	Tidak ada	Spontan	Bidan					Laki-laki	3100 gram	51 cm
2.	2008	8-9 minggu	ABORTUS									
3.	2010	39 minggu	Tidak ada	Spontan	Bidan					Perempuan	2800 gram	49 cm
4.	2011	39 minggu	Tidak ada	Spontan	Bidan					Laki-laki	2900 gram	49 cm
5.	2017	39 minggu	Tidak ada	Spontan	Bidan					Perempuan	2800 gram	49 cm
6.	2022	HAMIL INI										

2. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien Ny. C pernah menggunakan kontrasepsi IUD sejak tahun 2010 selama beberapa bulan namun Ny. C mengganti dengan KB suntik 1 bulan tahun 2010, pasien berhenti menggunakan IUD karena tidak menstruasi, dan sudah berhenti KB suntik karena tidak teratur menjalani program KB. Saat ini pasien belum berencana mengikuti program KB setelah melahirkan.

3. Riwayat Kesehatan

Pasien Ny. C pernah mengalami keguguran pada kehamilan anak ke 2 dan telah dikuret pada tahun 2018. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dengan penyakit diabetes mellitus, penyakit jantung, hipertensi dan penyakit yang lainnya.

4. Aspek Psikososial

Pasien Ny. C khawatir dengan keselamatan bayi yang dikandungnya jika ketuban terus merembes dan habis. Ny. C berharap bayinya segera lahir dengan selamat dan sehat. Orang yang terpenting bagi Ny. C saat ini yaitu suami, anak-anaknya dan orang tuanya. Keluarga Ny. C selalu memberikan motivasi kepada Ny. C mengenai kondisi yang dialaminya saat ini.

5. Kebutuhan Dasar Khusus

1) Pola Nutrisi

Pasien Ny. C sebelum masuk rumah sakit makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, jenis makanan yang dimakan yaitu nasi, sayur, lauk, dan buah. Namun saat di rumah sakit pasien Ny. C mengalami penurunan nafsu makan karena merasakan nyeri saat kontraksi. Pasien tidak memiliki alergi makanan

2) Pola Eliminasi

Pasien Ny. C sebelum masuk rumah sakit buang air kecil sebanyak 5-6 kali dalam 24 jam, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil, dan buang air besar 2 hari sekali, warna kuning kecoklatan dengan bau khas feces dan tidak ada keluhan saat buang air besar. Namun saat di rumah sakit pasien Ny. C sering berkemih dengan frekuensi sebanyak 8 kali dalam waktu 6 jam berwarna kuning jernih, pasien belum buang air besar saat di sakit.

3) Pola Personal Hygiene

Pasien Ny. C sebelum masuk rumah sakit mandi 2 kali sehari, sikat gigi 2 kali sehari dan keramas 2 hari sekali. Saat masuk rumah sakit pasien Ny. C tidak mandi, belum melakukan oral hygiene dan belum keramas.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien Ny. C sebelum masuk rumah sakit dapat tidur nyenyak selama 7-8 jam, dan tidak ada gangguan terhadap tidurnya. Namun selama di rumah sakit tidak bisa istirahat dan susah untuk tidur karena kontraksi semakin nyeri sehingga Ny. C semakin merasakan nyeri yang hebat.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien Ny. C sebelum masuk rumah sakit aktivitas sehari-harinya yaitu sebagai ibu rumah tangga yang setiap harinya selalu mengurus pekerjaan rumah seperti bersih-bersih, memasak, menyapu, mencuci, olahraga yang biasa dilakukan yaitu jalan-jalan pagi setiap 2 kali dalam seminggu, kadang mengeluh sering lelah jika pekerjaan rumah terlalu banyak. Namun pada saat di rumah sakit pasien hanya tiduran, tidak melakukan aktivitas apapun karena nyeri pada saat kontraksi selalu muncul secara tiba-tiba dan ketuban sudah pecah.

6) Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien Ny. C tidak pernah merokok, tidak minum minuman keras, dan tidak ketergantungan obat.

6. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS 456. Saat dilakukan observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 144/93 mmHg, nadi 110x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,9°C. Berat badan 70 kg, tinggi badan 154 cm.

Pemeriksaan dimulai dari kepala bentuknya simetris atau tidak, tidak ada lesi, tidak ada benjolan yang abnormal, muka tampak pucat, kelopak mata simetris, gerakan bola mata aktif, konjungtiva tidak anemis (merah muda), sklera tidak ikterik (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, mammae 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 32 cm, pasien semakin sering mengalami kontraksi 2x15 detik dalam 10 menit. Leopold 1 teraba lunak, bulat dan tidak melenting (bokong), leopold 2 teraba keras, panjang sebelah kanan (puka atau punggung kanan) DJJ 153x/dopp,

leopold 3 teraba keras, bulat, melenting dan susah digerakkan (kepala), leopold 4 sudah masuk PAP (divergen).

Adanya *hiperpigmentasi*, terdapat *linea nigra*, terdapat *striae gravidarum*, tidak terdapat gangguan pada sistem pencernaan dan tidak ada permasalahan khusus pada Ny. C. Pemeriksaan *genitourinary* didapatkan perineum utuh, belum menonjol, tidak terdapat bekas jahitan, 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 kuning langsung, turgor kulit elastis, tidak terdapat gangguan pada ekstremitas pasien.

7. Kesiapan dalam Kehamilan dan Persalinan

Pasien Ny. C selama hamil jarang melakukan senam hamil, rencana melahirkan di Rumah Sakit. Pasien sudah menyiapkan perlengkapan kebutuhan bayinya dan kebutuhannya sendiri seperti bedong, popok, pompa ASI, baju-baju bayi, jarit, dan perlengkapan lainnya. Pasien Ny. C sudah siap menjalankan peran dan tugasnya sebagai ibu dengan 5 orang anak.

Pasien sudah mengetahui tanda-tanda melahirkan, cara mengejan dengan benar, cara menangani nyeri, dan mengerti proses persalinan karena sudah berpengalaman sebelumnya.

8. Riwayat Persalinan Sekarang

Pada kala 1 kontraksi dimulai pada tanggal 13 Maret 2022 jam 14.00 WIB. Interval dan lama kontraksi yaitu 2x15 detik dalam 10 menit. Tanda dan gejala yang terjadi pada kala 1 yaitu pasien Ny. C mengalami kenceng-kenceng pada perut dan keluar cairan yang berwarna hijau jernih dan terus menerus merembes. Lama kala 1 yaitu 22 jam. Saat ini kondisi psikososial pasien Ny. C tampak cemas, Ny. C ingin melahirkan secara *caesar* agar tidak kesakitan tetapi Ny.C sudah tidak tahan ingin mengejan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 144/93 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,9°C, pernapasan 20x/menit, tindakan yang dilakukan yaitu melakukan *Vagina Toucher* (VT) dengan pembukaan 3 cm, eff 50%, ketuban merembes, pemeriksaan DJJ 153x/dopp, pemeriksaan NST normal (130-160/4-8/reaktif), mengajarkan teknik relaksasi dan miring kiri dan memotivasi ibu. Pasien Ny. C mendapatkan terapi antibiotik cinam 4 x 1,5 gram di drip dalam NS 100 cc per IV.

9. Data Penunjang

Pada tanggal 14 Maret 2022 didapatkan hasil NST normal (130-160/4-8/reaktif). Pasien Ny. C hanya mendapat terapi injeksi cinam 4 x 1,5 gram di drip dalam NS 100 cc per IV.

Hasil pemeriksaan cairan ketuban menggunakan kertas lakmus didapatkan hasil adanya perubahan warna biru pada kertas lakmus yang menunjukkan bahwa cairan yang keluar merupakan cairan ketuban.

3.2 Analisa Data

Nama Klien : Ny. C

Ruangan/kamar : VK IGD

Umur : 37 tahun

No. Register : xx-xx-xx

3.2 Tabel Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketuban merembes berwarna hijau jernih - S : 36,9°C 		Risiko infeksi (SDKI, D.0142; 304)
2.	<p>DS :</p> <p>Ny. C mengeluh nyeri dan kenceng-kenceng.</p> <p>P : Kontraksi uterus</p> <p>Q : Seperti ditekan dan ditusuk</p> <p>R : Pada perut tembus ke punggung</p> <p>S : 8 (0-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - HIS : 2 x 15 detik (10 menit) <p>TTV :</p> <p>TD : 144/93 mmHg</p> <p>N : 110x/menit</p>	Dilatasi serviks	Nyeri melahirkan (SDKI, D.0079; 176)
3.	<p>DS :</p> <p>Ny. C merasa khawatir dengan keselamatan bayinya jika air ketuban terus merembes sebelum melahirkan.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tegang - Muka tampak pucat - Sering berkemih (8x / 6 jam) <p>TTV :</p> <p>TD : 144/93 mmHg</p> <p>N : 110x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p>	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas (SDKI, D.0080; 180)
4.	<p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persalinan lama kala 1 - Induksi Persalinan 		Risiko cedera pada janin (SDKI, D.0138; 298)

3.3 Prioritas Masalah

Nama Klien : Ny. C

Ruangan/kamar : VK IGD

Umur : 37 tahun

No. Register : xx-xx-xx

3.3 Tabel Prioritas Masalah

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1	Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) (SDKI, D.0142; 304)	14 Maret 2022 (07.30 WIB)	14 Maret 2022 (13.02 WIB)	Roesita Junaedi Putri
3.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks (SDKI, D.0079; 176)	14 Maret 2022 (07.30 WIB)	14 Maret 2022 (15.30 WIB)	Roesita Junaedi Putri
4.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (SDKI, D.0080; 180)	14 Maret 2022 (07.30 WIB)	14 Maret 2022 (13.02 WIB)	Roesita Junaedi Putri
4.	Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi persalinan (SDKI, D.0138; 298)	14 Maret 2022 (07.30 WIB)	14 Maret 2022 (13.02 WIB)	Roesita Junaedi Putri

3.4 Intervensi Keperawatan

3.4 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
1.	Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) (SDKI, D.0142; 304)	Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x9 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Cairan ketuban yang merembes menurun 3. Suhu peranal dalam rentang normal (36,5°C- 37,5°C) (SLKI, L.14137; 139).	Pencegahan Infeksi (SIKI, , 1.4539; 278) 1. Observasi Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan cara mengukur suhu peranal 2. Terapeutik a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien b. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 3. Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	1. Memantau adanya tanda infeksi lokal maupun sistemik 2. Memutus rantai transmisi atau penyebaran mikroorganisme (kuman, bakteri, virus) yang dapat memperburuk kondisi pasien 3. Untuk mencegah masuknya mikroorganisme yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi 4. Agar mengetahui tanda dan gejala infeksi yang kemungkinan dapat terjadi 5. Dapat mempercepat proses penyembuhan pasien 6. Agar dapat membantu proses penyembuhan pasien

2.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks (SDKI, D.0079; 176)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 9 jam diharapkan tingkat nyeri adekuat dan kontraksi (HIS) bertambah dengan kriteria hasil : Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan	Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238; 201) 1. Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal 2. Terapeutik a. Berikan teknik non farmakologis untuk beradaptasi dengan nyeri b. Fasilitasi istirahat 3. Edukasi 1. Jelaskan penyebab nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk beradaptasi dengan nyeri	1. Menentukan intervensi yang sesuai dan keefektifan terapi yang diberikan 2. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan 3. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri 4. Mengurangi rasa nyeri 5. Istirahat membantu pasien rileks dan mengurangi nyeri 6. Agar pasien mengetahui penyebab nyeri karena kontraksi untuk merangsang terjadinya persalinan 7. Agar pasien melakukan strategi yang dapat meredakan nyeri 8. Agar beradaptasi dengan nyeri
3.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (SDKI, D.0080; 180)	Tingkat Ansietas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x9 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi khawatir menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Pucat menurun 5. Tekanan darah menurun 6. Frekuensi nadi menurun 7. Pola berkemih membaik (SLKI, L.09093; 132)	Reduksi Ansietas (SIKI, 1.09314; 387) 1. Observasi Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2. Terapeutik a. Ciptakan lingkungan terapeutik b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Edukasi a. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi b. Latih kegiatan pengalihan c. Latih teknik relaksasi	1. Mengetahui tanda ansietas secara verbal dan nonverbal 2. Menumbuhkan kepercayaan pasien 3. Mengurangi kecemasan pasien 4. Agar pasien lega dapat mengungkapkan perasaan yang sedang dirasakan 5. Mengurangi ketegangan pasien 6. Agar pasien lebih rileks sehingga dapat mengurangi kecemasan yang dirasakan pasien

4.	<p>Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi persalinan (SDKI, D.0138; 298)</p>	<p>Tingkat Cedera Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x9 jam diharapkan tingkat cedera pada janin menurun dengan kriteria hasil : Kejadian cedera menurun (SLKI, L. 14136; 135)</p>	<p>Induksi Persalinan (SIKI, 1.07212; 121)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi indikasi dilakukan induksi persalinan b. Identifikasi riwayat obstetrik (usia kehamilan) c. Monitor kontraksi uterus (frekuensi, durasi dan kekuatan dalam 10 menit) d. Monitor kondisi ibu dan janin sebelum induksi (tanda vital, DJJ, dan gerakan janin) e. Monitor DJJ selama induksi hingga persalinan f. Monitor perubahan kontraksi uterus setiap 15 menit g. Monitor kemajuan persalinan secara ketat 2. Terapeutik Berikan kenyamanan selama proses induksi 3. Kolaborasi Pemberian obat IV (oksitosin) untuk merangsang aktivitas rahim. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Induksi persalinan dilakukan pada pasien dengan ketuban pecah dini dengan waktu kala 1 yang terlalu lama 2. Mengetahui usia kehamilan pasien dan riwayat adanya komplikasi kehamilan sebelumnya 3. Mengetahui adanya his yang adekuat 4. Mengetahui kondisi ibu dan janin saat ini 5. Mengetahui kondisi bayi untuk mencegah terjadinya kegawatan janin 6. Mengetahui adanya perubahan his yang adekuat 7. Untuk mempersiapkan ibu dalam proses persalinan 8. Agar memudahkan dalam proses induksi sehingga proses induksi dapat berhasil 9. Untuk merangsang kontraksi uterus sehingga dapat mempercepat proses persalinan kala 2 yaitu pengeluaran bayi.
----	--	--	--	---

3.5 Implementasi Keperawatan

3.5 Tabel Implementasi Keperawatan

No	Tanggal dan Jam	Tindakan	Tanda Tangan	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1 1,2,3,4 1,2,3,4 1,2,3,4	14-03-2022 07.30 07.40	1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 2. Melakukan anamnesa dan pengkajian pada Ny. C 3. Memantau keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 456 4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 144/93 mmHg N : 110x/menit RR : 20x/menit S : 36,9°C SPO2 : 98%	<i>Ross</i>	14-03-2022 11.52	Diagnosa 1 : Risiko Infeksi S : Pasien mengeluh ketuban merembes terus O : Tidak terjadi infeksi, tapi ketuban terus merembes -S : 36,8°C A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	<i>Ross</i>
1,2,3,4	07.45	5. Melakukan pemeriksaan fisik leopold I, II, III, IV L.I : kesan bokong TFU : 32 cm L.II : punggung kanan (puka) L.III : kesan kepala L.IV : divergen			Diagnosa 2 : Nyeri Melahirkan S : Pasien mengatakan nyeri semakin bertambah dan belum dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan, namun merasa lebih baik setelah melakukan relaksasi napas dalam dan di pijat di punggung, skala nyeri 6 O : -Pasien tampak meringis TD:138/88mmHg, N: 102x/menit -Pembukaan lengkap	<i>Ross</i>
1,2,3,4	08.00	6. Melakukan NST Hasil : NST normal (130-160/4-8/reaktif)				
1,4	08.30	7. Melakukan VT (<i>Vagina Toucher</i>) dan mengobservasi CHPB (Contonen, His, Penurunan Bagian Terendah, Bandle) Hasil : pembukaan 3 cm, eff 50% ketuban merembes hijau, letak kepala HI, DJJ : 153x/dopp), HIS : 2x dalam 10 menit selama 15 detik, tidak ada tanda ruptur uteri			O : -Pasien tampak meringis TD:138/88mmHg, N: 102x/menit -Pembukaan lengkap A : Masalah teratasi sebagian, muncul masalah nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin P : Intervensi dilanjutkan	

2	08.40	8. Mengkaji keluhan nyeri pasien P : Kontraksi (HIS) Q : Seperti ditekan dan ditusuk R : Perut menjalar ke punggung S : 8 (0-10) T : Hilang timbul	<i>Ross</i>		Diagnosa 3 : Ansietas S : Pasien mengatakan masih takut terjadi hal yang tidak diinginkan terhadap kondisi bayi didalam kandungan jika air ketuban terus merembes sebelum melahirkan O : -Wajah masih pucat -Pasien terlihat masih gelisah -Pasien sering buang air kecil -TD : 138/88 mmHg -N : 102x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Diagnosa 4 : Risiko cedera pada janin S : - O : Terdapat kemajuan persalinan A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	<i>Ross</i>
3	08.45	9. Memantau tanda ansietas pada pasien Hasil : Pasien cemas dengan kondisi bayinya, pasien tampak gelisah dan tegang				
1	08.50	10. Memantau adanya tanda infeksi pada ibu Hasil : Suhu : 36,9°C				
3	09.00	11. Menjelaskan kondisi ibu dan bayinya saat ini Hasil : Pasien memahami penjelasan dari perawat				
2,3	09.15	12. Mengajarkan cara relaksasi dengan tarik nafas dalam agar pasien dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan dan untuk mengurangi rasa cemasnya				
2	09.30	13. Mengajarkan tidur posisi nyaman (miring kiri) Hasil : Pasien mengatakan lebih nyaman posisi miring kiri				
2	09.35	14. Melakukan massase pada punggung pasien Hasil : Saat kontraksi pasien selalu minta tolong ke perawat untuk mengelus punggungnya				
3	08.40	15. Memberikan dukungan psikologis pada pasien Hasil : Pasien masih gelisah karena bayi belum lahir				
1	09.00	16. Memberikan antibiotik cinam 1,5 gram dalam NS 100 cc				
1	09.05	17. Mengajarkan ibu makan roti dan minum susu				
1,4	10.30	18. Memantau VT (<i>Vagina Toucher</i>) dan mengobservasi CHPB (Contonen, His, Penurunan Bagian Terendah, Bandle)				

		Hasil : pembukaan 4 cm, eff 50% ketuban merembes hijau jernih, letak kepala HII, DJJ : 140x/dopp, HIS : 2X dalam 10 menit selama 25 detik, tidak ada tanda ruptur uteri				
4	11.00	19. Memberikan drip oksitosin 20 tpm karena KPP lebih dari 24 jam (33 jam 02 menit), persalinan kala 1 terlalu lama, pembukaan 4 cm				
4	11.30	20. Mengobservasi CHPB Hasil : DJJ : 150x/dopp, HIS : 4x dalam 10 menit selama 45 detik				
1,2,3,4	11.45	21. Mengobservasi TTV pasien TD : 138/88 mmHg N : 102x/menit RR : 20x/menit S : 36,8°C SPO2 : 98%				
1,4	11.50	22. Memantau VT Hasil : pembukaan lengkap, eff 100%,				

2	<p>12.55</p> <p>12.57</p> <p>12.58</p> <p>13.00</p> <p>13.02</p> <p>13.04</p> <p>13.06</p>	<p>KALA II</p> <p>1. Mempersiapkan persalinan normal</p> <p>2. Memantau tanda-tanda persalinan Hasil : Ibu merasa seperti ingin berak atau meneran, perineum menonjol, vulva membuka)</p> <p>3. Menganjurkan untuk mengatur posisi untuk mengejan saat pembukaan lengkap</p> <p>4. Menganjurkan mengambil nafas dalam, kemudian mengejak seperti berak selama kontraksi</p> <p>5. Bayi lahir pukul 13.02 WIB Bayi perempuan, terdapat anus berlubang</p> <p>6. Menilai APGAR Skore bayi Hasil : APGAR Skore 8-9</p> <p>7. Menganjurkan ibu melakukan IMD segera setelah bayi lahir</p>	<p><i>Ross</i></p>	<p>14-03-2022</p> <p>13.02</p>	<p>Diagnosa 1 : Risiko Infeksi S : - O : Tidak terjadi infeksi pada ibu maupun bayi, S : 36,2°C A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p> <p>Diagnosa 2 : Nyeri Melahirkan S : Ibu mengatakan lega karena bayi telah lahir O : -Tampak menahan sakit -Lilitan tali pusat di leher 1x -Ketuban warna hijau keruh, KPP selama 33 jam 02 menit -APGAR Skore 8-9 -Bayi perempuan - Terdapat anus berlubang - BB bayi 3100 gram, panjang 51 cm, lingkar kepala 32 cm A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan Manajemen Aktif Kala III 1. Pemberian oksitosin (IM) 2. Massase uterus 3. Kontraksi uterus 4. Cek tanda pelepasan plasenta 5. Lakukan PTT</p>	<p><i>Ross</i></p> <p><i>Ross</i></p>
---	--	---	--------------------	--------------------------------	--	---------------------------------------

					<p>Diagnosa 3 : Ansietas S : Pasien mengatakan lega bayinya sudah lahir dengan selamat dan sehat O : Pasien tampak tenang A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p> <p>Diagnosa 4 : Risiko cedera pada janin S : - O : Tidak terjadi cedera pada janin A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	<p><i>Ross</i></p> <p><i>Ross</i></p>
--	--	--	--	--	---	---------------------------------------

2	13.08 13.10 13.12 13.14 13.15 13.17 13.18 13.20	<p>KALA III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan oksitosin/piton 1,5 amp untuk melahirkan plasenta (IM) 2. Melakukan massase uterus 3. Mengecek kontraksi uterus Hasil :Uterus teraba keras 4. Memantau tanda-tanda pengeluaran plasenta Hasil : TFU teraba dibawah pusat 5. Melakukan PTT (Peregangan Tali Pusat Terkendali) 6. Plasenta lahir spontan pukul 13.17 WIB 7. Mengecek kelengkapan plasenta setelah plasenta lahir dan mengkaji karakteristik plasenta Hasil : Plasenta lahir lengkap dengan diameter ± 15 cm, berat ± 500 gram, tebal $\pm 2,5$ cm, kotiledon lengkap 8. Memantau perdarahan setelah melahirkan dan dilakukan hecting Hasil : Perdarahan ± 100 cc 	<i>Ross</i>	14-03-2022 13.18	<p>Diagnosa 2 : Nyeri melahirkan S : Ibu mengatakan lega karena plasenta sudah keluar O : -Pasien tampak tenang -Uterus teraba keras -TFU teraba dibawah pusat -Plasenta lahir spontan lengkap jam 13.17 Diameter ± 15 cm Berat ± 500 gram Tebal $\pm 2,5$ cm Kotiledon lengkap -Perdarahan ± 100 cc A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan Mempersiapkan Kala IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TFU 2. Observasi TTV 3. Kontraksi uterus 4. Pantau perdarahan 5. Pantau perkemihan 	<i>Ross</i>
---	--	--	-------------	---------------------	---	-------------

2	13.30	<p>KALA IV (1 jam pertama)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kontraksi uterus pasien Hasil : agak lembek 2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 88x/menit RR : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 97% 3. Memantau perdarahan Hasil : perdarahan ±50 cc 4. Mengkaji tinggi fundus uteri Hasil : teraba dibawah pusat 5. Mengkaji perkemihan pasien Hasil : bladder teraba penuh, terdapat distensi kandung kemih 	<i>Ross</i>	14-03-2022 15.30	<p>Diagnosa 2 : Nyeri melahirkan S : Ibu mengatakan masih lemas dan nyeri pada luka jahitan O : -Uterus teraba keras -TFU teraba dibawah pusat -Perdarahan ±110 cc -Pasien sudah bisa BAK -Pasien tampak lebih tenang A : Masalah teratasi, muncul masalah baru : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis P : Intervensi dilanjutkan Manajemen Nyeri 1. Identifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri 2. Berikan teknik relaksasi tarik nafas dalam</p>	<i>Ross</i>
2	13.45	<p>KALA IV (15 menit selanjutnya)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kontraksi uterus pasien Hasil : agak lembek 2. Mengkaji tinggi fundus uteri Hasil : teraba dibawah pusat 3. Memantau perdarahan Hasil : perdarahan ±30 cc 4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien Hasil : TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99% 5. Mengkaji perkemihan pasien Hasil : bladder teraba penuh, terdapat distensi kandung kemih 				

2	14.30	<p>KALA IV (1 jam kedua)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kontraksi uterus pasien Hasil : teraba keras 2. Mengkaji tinggi fundus uteri Hasil : teraba dibawah pusat 3. Memantau perdarahan Hasil : perdarahan ± 20 cc 4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien Hasil : TD : 120/70 mmHg N : 86x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 98% 5. Mengkaji perkemihan pasien Hasil : bladder teraba penuh, terdapat distensi kandung kemih 	<i>Ross</i>			
2	15.30	<p>KALA IV (30 menit selanjutnya)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kontraksi uterus pasien Hasil : teraba keras 2. Mengkaji tinggi fundus uteri Hasil : teraba dibawah pusat 3. Memantau perdarahan Hasil : perdarahan ± 10 cc 4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 100% 5. Mengkaji perkemihan pasien Hasil : pasien sudah bisa BAK 	<i>Ross</i>			

2	14-03-2022 15.40	1. Mengkaji keluhan nyeri pasien P : Luka jahitan perineum Q : Seperti disayat, perih R : Perineum, vulva S : 5 (0-10) T : Terus menerus	<i>Ross</i>	14-03-2022 16.00	Diagnosa : Nyeri Akut S : Ibu mengatakan masih nyeri dengan skala 5 O : Pasien tampak meringis -Pasien mempraktekkan teknik relaksasi tarik napas dalam -TD : 110/70 mmHg, -N : 80x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan di ruang F1	<i>Ross</i>
2	15.45	2. Menganjurkan pasien relaksasi dengan tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien Hasil : Pasien mempraktekkan teknik relaksasi tarik napas dalam				
2	15.47	3. Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur yang cukup				
2	15.50	4. Mempersiapkan pasien untuk pindah ruangan <i>post partum</i> (F1)				

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab 4 dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan maternitas pada Ny. C dengan G6P4A1 UK 39/40 Minggu dengan Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 14 Maret 2022 pukul 08.00 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

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. C dengan melakukan pengenalan dan menjelaskan tujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan kooperatif. Penulis melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, kemudian melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang. Pembahasan akan dimulai dari :

4.1.1 Data Dasar

Ny. C usia 37 tahun, beragama Islam, suku bangsa Jawa, bekerja sebagai ibu rumah tangga, sudah menikah sejak 17 tahun yang lalu. Ibu dengan usia >35 tahun memiliki risiko tinggi mengalami ketuban pecah dini. Menurut penelitian dari Maharrani (2017) bahwa dari 116 ibu bersalin terdapat ibu bersalin dengan usia beresiko (35 tahun) yang mengalami KPD sebanyak 50 orang (64,93%). Penulis berasumsi bahwa hal ini dikarenakan ibu yang berusia >35 tahun fungsi organ reproduksinya sudah mulai menurun, sehingga rahim tidak dapat bekerja dengan baik. Pada usia lebih dari 35 tahun kehamilannya biasanya diikuti dengan penyakit-

penyakit degeneratif sehingga akan mempengaruhi proses kehamilan dan persalinan pada ibu maupun bayinya.

Ny.C memiliki 4 orang anak yang hidup dan 1 kali abortus. Ibu yang melahirkan beberapa kali akan lebih berisiko mengalami ketuban pecah dini. Menurut penelitian dari Maharrani (2017), bahwa dari 144 ibu bersalin di Puskesmas Jagir Surabaya terdapat ibu bersalin multipara yang sebagian besar (57,38%) terjadi ketuban pecah dini. Penulis berasumsi bahwa hal ini dikarenakan vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh sehingga ketuban pecah secara spontan.

Usia kehamilan Ny. C yaitu 39/40 minggu. Menurut penelitian Syarwani (2018) bahwa kasus KPD terbanyak di RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado yaitu pada usia kehamilan aterm (>37 minggu) berjumlah 67 kasus. Penulis berasumsi bahwa hal ini menunjukkan bahwa semakin tua umur kehamilan maka akan menyebabkan pembukaan serviks dan peregangan selaput ketuban sehingga selaput ketuban semakin lemah dan mudah pecah.

Pada pasien Ny.C tergolong kategori KPP Aterm yaitu terjadi pada usia kehamilan memasuki 39/40 Minggu. Menurut POGI (2016), Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm merupakan pecahnya ketuban pada saat umur kehamilan ibu ≥ 37 minggu tanpa diikuti tanda-tanda persalinan. Penulis berasumsi bahwa ketuban yang pecah pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu biasanya terjadi sebelum dimulainya tanda inpartu. Data yang mendukung asumsi peneliti yaitu pada pasien Ny. C ketuban pecah dan mulai merembes keluar dari vagina sebelum adanya kontraksi uterus atau HIS.

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah pasien mengalami peningkatan yaitu 144/93 mmHg dan frekuensi nadi yaitu 110x/menit. Peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi dapat disebabkan karena adanya beban psikis seperti rasa cemas yang dialami ibu hamil. Menurut penelitian Helmi (2020) bahwa di Rumah Sakit Pekanbaru, dari 30 persalinan terdapat 11 (36,6%) ibu yang mengalami ketuban pecah dini yang terjadi akibat benturan dan beban psikis yang dialami ibu selama hamil, 10 (33,3%) ibu mengalami hipertensi dengan tekanan darah >140/90 mmHg yang timbul akibat ada perasaan cemas saat memasuki masa persalinan. Penulis berasumsi bahwa ibu yang akan menjalani persalinan akan memiliki rasa cemas yang berlebih dan akan mengalami peningkatan tekanan darah. Hal ini disebabkan karena ibu mengalami kecemasan akibat keluarnya cairan ketuban yang terus menerus merembes, ibu khawatir akan keselamatan bayi yang dikandungnya jika ketuban habis.

Pada pengkajian riwayat keluarga berencana pasien Ny. C pernah menggunakan KB IUD pada tahun 2010 setelah melahirkan dan berhenti karena pasien mengatakan tidak menstruasi saat menggunakan kontrasepsi tersebut. Menurut penelitian dari Putri (2016) bahwa efek samping penggunaan IUD salah satunya yaitu tidak didapat tanda-tanda haid selama tiga bulan atau lebih yang disebut dengan *amenorhea*. Penulis berasumsi bahwa efek samping *amenorhea* yang dialami pasien dapat disebabkan karena efek dari menyusui aktif pada ibu postpartum, pasien masih belum mengetahui efek yang ditimbulkan dari penggunaan kontrasepsi tersebut sehingga pasien memilih untuk berhenti menggunakan kontrasepsi IUD.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan pasien. Masalah keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang profesi perawat. Masalah keperawatan pada kasus ini meliputi :

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya)

Risiko infeksi merupakan kondisi birisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2016). Masalah ini ditegakkan berdasarkan data yang muncul pada pasien meliputi data subjektif yang didapatkan adanya cairan yang keluar dari vagina berwarna hijau jernih yang disebut dengan cairan ketuban. Diagnosa ini sesuai dengan pendapat Green dan Wilkinson (2012) yaitu risiko tinggi infeksi berhubungan dengan pecah ketuban lama sebelum waktunya.

Cairan ketuban pecah sebelum waktu persalinan. Berdasarkan penelitian dari Puspitasari (2019), menjelaskan bahwa resiko infeksi ibu dan bayi meningkat pada kasus ketuban pecah dini, pada ibu terjadi korioamnionitis dan oligohidramnion sedangkan pada bayi dapat terjadi septikemia peumonia, asfiksia.

Penulis berasumsi bahwa selaput ketuban pada dasarnya berfungsi untuk menghasilkan air ketuban dan melindungi janin dari infeksi, jika ketuban pecah maka tidak ada yang melindungi janin dari infeksi di dalam rahim yang akan sangat membahayakan ibu dan janin hingga menyebabkan kematian.

2. Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks.

Nyeri melahirkan merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan (SDKI, 2016). Masalah ini ditegaskan berdasarkan data yang muncul pada pasien meliputi data subjektif yang didapatkan keluhan nyeri dengan karakteristik P = kenceng-kenceng (kontraksi), Q = nyeri seperti ditekan dan ditusuk, R = nyeri pada perut tembus ke punggung, S = nyeri dengan skala 8, T = nyeri dirasakan terus menerus saat kontraksi, kemudian menghilang saat selesai kontraksi dan timbul lagi saat kontraksi kembali muncul. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah, tekanan darah 144/93 mmHg, nadi 110x/menit, HIS 2 x dalam 10 menit selama 15 detik.

Batasan karakteristik paling penting untuk menegaskan diagnosa nyeri adalah laporan nyeri ibu yang diungkapkan atau diisyaratkan. Diagnosa ini sudah sesuai dengan pendapat Green dan Wilkinson (2012) yaitu nyeri berhubungan dengan kontraksi otot fundus uterus intermiten. Adanya kontraksi uterus menyebabkan keluhan nyeri persalinan. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Widiawati & Legiati (2013), bahwa sebanyak 91,9% wanita mengalami nyeri saat proses persalinan kala I.

Penulis berasumsi bahwa hal ini dikarenakan berlangsungnya pembukaan dan penipisan servik membuat ibu bersalin akan mengalami nyeri yang semakin meningkat.

3. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2016).

Masalah ini ditegaskan berdasarkan data yang muncul pada pasien meliputi data subyektif yang didapatkan pasien mengeluh khawatir dengan keselamatan bayinya jika air ketuban terus merembes sebelum melahirkan. Data objektif didapatkan pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, muka tampak pucat, pasien sering berkemih dengan frekuensi 8 kali dalam waktu 6 jam, tekanan darah meningkat 144/93 mmHg, frekuensi nadi meningkat 110x/menit. Berdasarkan penelitian dari Azisyah (2019), menjelaskan bahwa 14 responden (35.0%) dengan ketuban pecah dini mengalami tingkat kecemasan panik.

Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa ada hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan tingkat kecemasan pada ibu hamil di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Hal ini dikarenakan ibu takut jika terjadi sesuatu hal yang dapat mengancam keselamatan bayi dalam kandungannya sehingga timbul kecemasan yang berlebihan pada ibu.

Ibu yang cemas biasanya terjadi peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi, serta menyebabkan ibu menjadi sering berkrimih. Hal ini dikarenakan reaksi fisiologis terhadap kecemasan merupakan reaksi yang pertama timbul pada sistem saraf otonom, meliputi peningkatan frekuensi nadi dan respirasi, pergeseran tekanan darah dan suhu, relaksasi otot polos pada kandung kemih dan usus, kulit dingin dan lembab. Fisiologis terhadap kecemasan merupakan reaksi yang pertama timbul pada sistem saraf otonom (Azisyah, 2019). Penulis berasumsi bahwa kecemasan yang sangat berlebihan akan membuat klien menjadi tidak siap secara emosional untuk menghadapi masalah, sehingga mempengaruhi kondisi fisik pasien.

4. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi persalinan.

Risiko cedera pada janin merupakan kondisi berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik pada janin selama proses kehamilan dan persalinan (SDKI, 2016). Masalah ini ditegaskan berdasarkan data yang muncul yaitu proses persalinan kala 1 yang lama saat ketuban telah pecah sebelum persalinan, sehingga kemungkinan dapat terjadi risiko cedera pada janin. Berdasarkan penelitian dari Asepta (2013) menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan perpanjangan kala I persalinan. Pada pasien Ny. C ketuban yang pecah sudah lebih dari 24 jam dengan waktu persalinan yaitu 33 jam 02 menit. Penulis berasumsi bahwa semakin lama jarak ketuban pecah dengan persalinan, maka akan semakin meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam rahim karena dapat menimbulkan dehidrasi serta asidosis, dan infeksi intrapartum.

4.3 Intervensi Keperawatan

Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 9 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).

Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 9 jam diharapkan tingkat nyeri adekuat dan kontraksi (HIS) bertambah dengan kriteria hasil ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan. Intervensi pertama yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan pemberian terapi nonfarmakologis teknik relaksasi tarik nafas dalam dan anjuran untuk istirahat dan tidur (SIKI, 2018).

Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 9 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).

Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi persalinan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 9 jam diharapkan tingkat cedera pada janin menurun dengan kriteria hasil kejadian cedera menurun (SLKI, 2019). Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan melakukan induksi

persalinan melalui pemberian drip oksitosin untuk merangsang aktivitas rahim sehingga dapat mempercepat proses persalinan pada kala 2 dengan tetap memantau DJJ, memantau adanya perubahan kontraksi uterus tiap 15 menit, dan juga kemajuan persalinan (SIKI, 2018).

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan penulis mulai tanggal 14 Maret 2022 yaitu menganamnesa keluhan pasien, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* dan pemeriksaan leopold I, II, III, dan IV, 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 cinam 1,5 gram. Menurut Mercer dalam penelitian Andalas (2019), regimen antibiotik yang paling baik digunakan dalam studi NICHD *Maternal-Fetal Medicine Units* yaitu diberi Ampisilin intravena (2g/IV) dan eritromisin (250mg/IV) dalam 48 jam pertama, diikuti Amiksisilin (250mg PerOral) dan Eritromisin (333mg PerOral) selama 5 hari. Menurut ACOG (2014) saat ini sangat mendukung kombinasi Ampicilin dan Eritromisin atau Amoksisilin selama 7 hari. Penulis berasumsi bahwa pemberian antibiotik pada pasien dengan KPD sangat penting karena untuk mencegah infeksi intrauterin akibat terhubunganya *cavum intrauterine* dengan dunia luar akibat pecahnya selaput ketuban.

2. Pelaksanaan tindakan keperawatan dengan diagnosa keperawatan risiko cedera pada janin.

Melakukan pemeriksaan NST serta DJJ dan HIS untuk melihat kondisi janin di dalam kandungan. Pada kasus Ny.C dengan UK 39/40 minggu terjadi KPP lebih dari 33 jam 02 menit dengan pembukaan 4 cm maka harus segera dilakukan induksi persalinan. Pada kasus hamil aterm atau cukup bulan, bila ketuban pecah sudah melebihi 6 jam maka dilakukan terminasi kehamilan melalui induksi persalinan dengan oksitosin dengan monitoring ketat terkait kesejahteraan janin meliputi denyut jantung dan kontraksi rahim seta tanda-tanda infeksi pada ibu (Andalas, 2019). Menurut Rhomadona (2019) KPD pada kehamilan cukup bulan dilakukan dengan induksi persalinan agar dapat memperpendek interval dari mulai pecahnya ketuban ke persalinan karena interval panjang dari pecahnya ketuban ke persalinan dikaitkan dengan peningkatan kejadian korioamnionitis, gawat janin dan sepsis neonatus.

Penulis berasumsi bahwa ketuban yang pecah lebih dari 24 jam pada kehamilan aterm maka bayi harus segera dilahirkan, namun jika kala 1 terlalu lama dapat dilakukan induksi persalinan untuk mencegah risiko terjadinya cedera pada janin dalam kandungan. Untuk melakukan induksi persalinan maka harus dilakukan penilaian *bishop skore* terlebih dahulu. Apabila nilai skor ≥ 6 , maka induksi dilakukan dengan oksitosin seperti pada kasus Ny. C. Hasil Skor Bishop pada pasien Ny. C yaitu 8 sehingga dapat dilakukan induksi persalinan.

3. Pelaksanaan tindakan keperawatan dengan diagnosa keperawatan nyeri melahirkan.

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.

Pemberian *massase* pada punggung dapat menurunkan nyeri. Menurut Rahmawati (2019), pijat punggung memberikan pengaruh yang baik terhadap adaptasi nyeri persalinan. Wanita yang bisa beradaptasi dengan nyeri persalinan dapat lebih mudah menjalani proses persalinan terutama pada kala II sehingga proses pengeluaran bayi bisa lebih cepat dan menghilangkan kecemasan yang dapat mempengaruhi perfusi jaringan yang akan membahayakan saat terjadinya pemutusan pembuluh darah yaitu meningkatkan risiko terjadinya perdarahan. Penulis berasumsi bahwa relaksasi dan sentuhan dapat membantu menghilangkan rasa sakit karena memberikan kenyamanan dan ketenangan pada ibu hamil yang mengalami kontraksi yang semakin bertambah mendekati waktu persalinan.

4. 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.

Implementasi yang dilakukan pada kala 2 yaitu mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan untuk persalinan normal, memantau tanda-tanda persalinan dimulai, menganjurkan ibu untuk mengatur posisi untuk mengejan saat pembukaan lengkap, dan mengajarkan ibu cara mengejan dengan benar. Menurut Ardiani (2015), teknik mengedan yang baik dan benar sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN)

tahun 2013, yakni dianjurkan ibu untuk mengedan mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi, beritahukan untuk tidak menahan napas saat mengedan, minta untuk berhenti mengedan dan beristirahat di antara kontraksi. Menurut asumsi penulis teknik mengejan yang benar dengan posisi yang nyaman akan membantu mendukung proses persalinan menjadi lebih optimal sehingga tidak menyebabkan persalinan menjadi lama yang akan mengakibatkan kelelahan pada ibu.

Setelah bayi lahir maka implementasi yang dilakukan yaitu menilai APGAR skor bayi dan juga menganjurkan ibu melakukan IMD segera setelah bayi lahir. Menurut Ningsih (2021), IMD sangat bermanfaat bagi bayi karena dengan adanya kontak kulit antara ibu dan bayi akan berdampak pada kestabilan temperatur tubuh dan sistem pernafasan, pola tidur akan lebih baik bayi merasa lebih nyaman karena hubungan bayi merasa lebih nyaman karena hubungan psikologis ibu dan bayi terbentuk sejak awal. Menurut asumsi penulis bayi yang dilakukan IMD dapat segera mendapatkan kolostrum yang terdapat didalam ASI yang berguna untuk meningkatkan kekebalan tubuh neonatal.

Implementasi yang dilakukan pada saat kala 3 dengan manajemen aktif kala 3 yaitu memberikan oksitosin untuk melahirkan plasenta, melakukan massase uterus, mengecek kontraksi uterus, memantau tanda-tanda pengeluaran plasenta, dan melakukan peregangan tali pusat. Berdasarkan Penelitian Widayati (2016), Massase uterus dilakukan untuk membantu uterus yang secara alami berkontraksi karena kadar oksitosin dalam tubuh mulai meningkat seiring dengan semakin tua usia kehamilan yang diikuti oleh menurunnya kadar progesteron. Menurut Nora (2012), manfaat dari manajemen aktif persalinan kala tiga yaitu dapat mengurangi

perdarahan pasca persalinan. Menurut asumsi penulis pada saat kala 3 berlangsung maka otot-otot rahim berkontraksi dan plasenta lepas dari dinding rahim sehingga jika pada kala 3 terlalu lama maka akan dapat menyebabkan ibu kehilangan banyak darah.

Implementasi yang diberikan pada kala 4 yaitu selama 2 jam dilakukan observasi yang meliputi tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, pemantauan perdarahan dan pemantauan perkemihan. Observasi pada satu jam pertama dilakukan setiap 15 menit. Observasi pada satu jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit. Menurut asumsi penulis pemantauan pada kala 4 sangat penting untuk memantau perkembangan kondisi ibu postpartum apakah terjadi perbaikan atau perburukan.

4.5 Evaluasi

Hasil evaluasi pada tanggal 14 Maret 2022, pukul 11.52 WIB diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya), setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mengeluh ketuban merembes terus, hasil observasi tidak ditemukan adanya tanda infeksi namun ketuban masih terus merembes. Masalah belum dapat teratasi. Intervensi dilanjutkan kembali. Saat dilakukan evaluasi pada pukul 13.02 WIB setelah bayi keluar tidak ditemukan adanya infeksi pada ibu maupun pada bayi, dengan suhu tubuh ibu 36,2°C, Masalah risiko infeksi dapat teratasi.

Hasil evaluasi pada tanggal 14 Maret 2022, pukul 11.52 WIB diagnosa nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks. Pasien mengatakan nyeri semakin dan pasien dengan nyeri yang dirasakan. Namun merasa lebih baik setelah melakukan relaksasi tarik nafas dalam dan di massase pada bagian punggung, skala

nyeri berkurang menjadi 6. Setelah pembukaan 10 timbul masalah nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin.

Hasil evaluasi kala II pada pukul 13.02 WIB pasien mengatakan lega karena bayi telah lahir, saat pengeluaran bayi pasien tampak menahan sakit. Masalah dapat teratasi sebagian. Hasil evaluasi kala III pada pukul 13.18 WIB pasien mengatakan lega karena plasenta sudah keluar, pasien tampak tenang. Masalah dapat teratasi sebagian.

Hasil evaluasi kala IV pada pukul 15.30 WIB pasien mengatakan masih lemas dan nyeri pada luka jahitan, pasien tampak tenang. Masalah nyeri melahirkan teratasi, namun muncul masalah baru yaitu nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis, hasil evaluasi pada pukul 16.00 WIB didapatkan pasien mengatakan masih nyeri dengan skala 5. Masalah belum teratasi dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam, sehingga intervensi dilanjutkan di ruang postpartum (F1).

Hasil evaluasi pada tanggal 14 Maret 2022, pukul 11.52 WIB 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, wajah pasien masih pucat, pasien masih gelisah dan sering buang air kecil. Masalah belum dapat teratasi. Intervensi dilanjutkan kembali. Saat dilakukan evaluasi pada pukul 13.02 WIB pasien mengatakan lega bayinya sudah lahir dengan selamat dan sehat, pasien tampak tenang. Masalah ansietas dapat teratasi.

Hasil evaluasi pada tanggal 14 Maret 2022, pukul 11.52 WIB diagnosa risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi

persalinan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil terdapat kemajuan persalinan dengan pembukaan lengkap. Masalah teratasi sebagian, intervensi masih dilanjutkan dengan pemantauan apakah setelah bayi lahir mengalami cedera atau tidak. Saat dilakukan evaluasi pada pukul 13.02 WIB didapatkan hasil tidak terjadi cedera pada bayi, sehingga masalah risiko cedera pada janin dapat teratasi.

4.6 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan. Keterbatasan penulis saat melakukan asuhan keperawatan maternitas pada Ny. C yaitu penulis belum melakukan pengkajian secara mendalam mengenai apakah kehamilan pada Ny. C dengan G6P4A1 ini merupakan kehamilan yang direncanakan atau kehamilan yang tidak direncanakan sehingga belum dapat dianalisis lebih mendalam. Meskipun demikian, pada akhirnya semua aspek penting dalam melakukan pengkajian lainnya terkumpul dengan baik sehingga pemberian asuhan keperawatan maternitas pada Ny. C telah dilakukan dengan baik dan masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan maternitas pada Ny. C dengan G6PA1 UK 39/0 Minggu Ketuban Pecah Prematur di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan ketuban pecah prematur.

5.1 Simpulan

1. Pengkajian pada Ny. C dengan ketuban pecah prematur didapatkan pasien mengeluh nyeri dengan karakteristik P = kenceng-kenceng (kontraksi), Q = nyeri seperti ditekan dan ditusuk, R = nyeri pada perut tembus ke punggung, S = nyeri dengan skala 8, T = nyeri dirasakan terus menerus saat kontraksi, kemudian menghilang saat selesai kontraksi dan timbul lagi saat kontraksi kembali muncul. Nyeri yang ditimbulkan pasien ini adalah nyeri persalinan karena adanya dilatasi serviks. Pada pengkajian ditemukan adanya rembesan cairan yang keluar melalui vagina berwarna hijau jernih yang akan menyebabkan munculnya masalah risiko infeksi. Pada pengkajian juga ditemukan adanya ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. C khawatir dengan keselamatan bayi dalam kandungannya jika air ketuban terus merembes sebelum waktunya persalinan, ibu tampak gelisah, tegang, muka tampak pucat, sering berkemih dengan frekuensi 8 kali dalam waktu 6 jam. Pada pengkajian didapatkan ketuban pecah sudah lebih dari 24 jam dan proses kala 1 yang lama.

2. Diagnosa yang muncul pada pasien yaitu : resiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya). Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks, ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dan risiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor risiko persalinan lama kala 1, induksi persalinan.
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. Nyeri melahirkan, setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan tujuan utama pasien dapat beradaptasi dengan nyeri melahirkan atau dapat mentoleran nyeri dengan terapi nonfarmakologis teknik relaksasi tarik nafas dalam. 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. Risiko cedera pada janin, setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan tujuan utama tidak terjadi cedera pada janin.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memantau tanda-tanda vital, memantau tanda infeksi, mengkaji karakteristik dan skala nyeri, memantau tanda ansietas secara verbal maupun nonverbal, melakukan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan ansietas, melakukan

massase punggung untuk mengurangi nyeri saat kontraksi, memiringkan ibu ke arah kiri, memberikan antibiotik cinam 1,5 gram dalam NS 100 cc untuk mencegah terjadinya infeksi serta memberian drip oksitosin 20 tpm untuk induksi persalinan agar mencegah risiko cedera pada janin.

5. Hasil evaluasi pada tanggal 14 Maret 2022, pukul 11.52 WIB, didapatkan nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks teratasi sebagian, muncul masalah keperawatan nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin. Setelah dilakukan tindakan keperawatan manajemen nyeri pada pukul 15.30 dilakukan evaluasi didapatkan nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin teratasi. Namun muncul kembali masalah keperawatan baru yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, pasien mengeluh nyeri pada luka jahitan dengan karakteristik : P = luka jahitan perineum, Q = seperti disayat dan perih, R = di perineum dan vulva, S = skala 5 (0-10), T = nyeri terus menerus. Kemudian dilakukan tindakan keperawatan manajemen nyeri dengan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri. Pada pukul 16.00 WIB dilakukan evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada masalah nyeri akut namun masalah belum teratasi, sehingga intervensi dilanjutkan di ruang postpartum (F1). Masalah keperawatan ansietas didapatkan ibu mengatakan sudah tidak khawatir dan bahagia bayi dan ibu sehat, sehingga ansietas dapat teratasi. Masalah risiko infeksi teratasi karena tidak terjadi infeksi pada ibu maupun pada janin. Masalah keperawatan risiko cedera pada janin teratasi karena tidak terjadi cedera pada janin.

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

- 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>
- Asepti, 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>
- Putri, Rani Pratama & Dwita Oktaria. (2016). Efektivitas Intra Uterine Devices (IUD) Sebagai Alat Kontrasepsi. *Medical Journal of Lampung University*. Volume 5 Nomor 4, 138-141. Diakses pada 11 Juli 2022. Retrieved from <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/900>
- 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 ≥ 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. Tendea., & 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

CURICULUM VITAE

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap	Roesita Junaedi Putri
2.	Tempat, Tanggal Lahir	Surabaya, 22 Mei 1999
3.	Jenis Kelamin	Perempuan
4.	Agama	Islam
5.	Alamat	JL. Bulak Rukem Timur Gg 1N No 6. Kel Bulak. Kec Bulak. Kota Surabaya. Jawa Timur. 60124.
6.	E-mail	rossitajp@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1.	TK Mandala Kota Surabaya	2003-2005
2.	SDN Ketabang Kota Surabaya	2005-2011
3.	SMP Negeri 9 Kota Surabaya	2011-2014
4.	SMA Negeri 7 Kota Surabaya	2014-2017

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juli 2022

Hormat saya,

(Roesita Junaedi Putri, S.Kep)

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Memulai dengan penuh keyakinan, menjalankan dengan penuh kesabaran dan keikhlasan, menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan”

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

(QS: Al Insyirah 5-6)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayat-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik. Karya sederhana ini saya persembahkan untuk :

1. Ibu saya Darwin Indah Sulistyowati, bapak saya Rachmad Djunaedi yang telah membesarkan dan membimbing saya, serta memberikan kasih sayang, terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah, doa, semangat, motivasi untuk saya selama ini. Semoga Allah SWT selalu memberi petunjuk, kesehatan, dan kebahagiaan.
2. Rosada Djunaedi Putri adik saya tercinta yang selalu memberi semangat dan doa untuk saya selama ini, serta selalu menghibur saya.
3. Rizky Prakoso teman suka duka saya, terimakasih menambah semangat saya selama menuntut ilmu, serta memberi dukungan dan doa untuk mencapai kesuksesan, serta selalu menghibur tanpa kenal lelah.
4. Teman seperbimbingan saya (Prisca Febri Purnomo, Carmitha Nareswari Basmallah, Jihan Nada Imasyah, dan Indah Sukma Ningtyas) yang selalu

memberi saya dukungan, motivasi dan dapat memberikan masukan serta pendapat kepada saya dalam mengerjakan karya ilmiah akhir ini.

5. Sahabat sepersahabatan tersayang (Erica Mauliana Puteri, Mustika Myra Permata Delima Prasodjo, Riski Firlana Aysha Putri, Andi Fitriani, dan Mellysa Rahayu Anjany) yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam mengerjakan karya ilmiah akhir saya.
6. Teman-teman seperjuangan di prodi Profesi Ners, terimakasih atas dukungan dan semangat.
7. Para dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan ilmu dan membimbing selama 1 tahun menjalankan program studi Profesi Ners.
8. Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untuk saya, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin Ya Robbal'Alaamiin.

Lampiran 3

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

INDUKSI PERSALINAN DENGAN OKSITOSIN DRIP

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR INDUKSI PERSALINAN DENGAN OKSITOSIN DRIP</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Induksi persalinan adalah persalinan yang dirangsang dengan obat oksitosin melalui infus.</p>
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempercepat proses persalinan 2. Pasien mendapatkan tindakan yang tepat dan benar 3. Memenuhi kesejahteraan ibu dan janin
<p>INDIKASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inersin uteri 2. Kehamilan lewat waktu 3. Ketuban pecah dini 4. Janin mati <p>Syarat :</p> <p>Bila skor bishop ≥ 6, jika pelvik belum matang bisa dilakukan pematangan servik dengan mesoprostol bila tidak ada kontraindikasi asma bronchiale.</p>
<p>KONTRAINDIKASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mutlak <ol style="list-style-type: none"> 1) Disproporsi safalopalvik 2) Catat rahim (bekas SC atau miomektomi) 3) Letak lintang 4) Hydramnion 5) Insufisiensi plasenta 6) Plasenta previa 2. Relatif <ol style="list-style-type: none"> 1) Gemelli 2) Grande multigravida 3) Letak sungsang (bokong sempurna) 4) Kelainan posisi
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN ALAT <ol style="list-style-type: none"> 1) Infus set 2) Kolf Dextrose 5% 3) Obat oksitosin 5 unit 2. PERSIAPAN PERAWAT <ol style="list-style-type: none"> 1) Manajemen penampilan 2) Mencuci tangan 6 langkah 3) Memakai APD

	<p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan penjelasan tentang prosedur, tujuan dan manfaat 2) <i>Informed consent</i> 3) Bantu klien dalam posisi yang nyaman <p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN Menutup tirai dan pintu untuk menjaga privasi pasien</p> <p>LANGKAH-LANGKAH</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan 500cc glukose/dextrose 5% yang ditambah dengan 5 iu oksitosin 2. Pasang saluran infus pada lengan bawah dan difiksasi dengan baik. 3. Tetesan dimulai dengan 8 tetes/menit, setara dengan 2 mU/menit. Kemudian melakukan evaluasi his tiap 15 menit, bila his belum adekuat tetesan dinaikkan menjadi 4 tetes/menit sampai timbul his yang adekuat. Tetesan maksimal adalah 40 tetes/menit, setara dengan 30-40 mU/menit. 4. Drip oksitosin sebaiknya tetap dipertahankan sampai satu jam setelah plasenta lahir 5. Selama berlangsungnya induksi jika terjadi penyulit pada ibu maupun janin, induksi dihentikan dan dilakukan rujukan ke RS untuk dilakukan operasi SC 6. Drip dianggap gagal dan dihentikan apabila : <ol style="list-style-type: none"> 1) Dengan tetesan 40 tetes/menit dan sudah 2 kolf dextrose habis tidak didapatkan his yang adekuat 2) Sesudah 2 jam dinilai dari permulaan his yang adekuat, tidak terjadi kemajuan persalinan 3) Pada waktu dilakukan drip timbul komplikasi yaitu fetal distress, tetania uteri, ruptura uteri, imminens, dan lain-lain.
--	---

Lampiran 4

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

PERSALINAN NORMAL

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PERSALINAN NORMAL</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan.</p>
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu ibu hamil untuk proses persalinan 2. Mengetahui dan mencegah perdarahan hebat
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN ALAT <ol style="list-style-type: none"> 1) Alat Perlindungan Diri <ol style="list-style-type: none"> a. Penutup Kepala b. Kaca mata geogle c. Masker d. Celemek/skort 2) Peralatan lain <ol style="list-style-type: none"> a. Tempat sampah medis b. Tempat Sampah non medis c. Bak/timba yang berisi larutan klorin 0.5% d. Tempat linen kotor e. Tempat placenta 3) Alat untuk pemeriksaan dalam <ol style="list-style-type: none"> a. 1 kom tertutup berisi air DTT (membasahi kapas) b. 1 kom berisi kapas DTT (untuk vulva hygiene pada ibu sebelum VT) c. 2 buah bengkok (digunakan saat VT, satu diletakkan di dekat vulva satunya lagi diletakkan agak jauh) d. 1 korentang (mengambil sarung tangan steril) 4) Partus set dalam bak instrumen <ol style="list-style-type: none"> a. 2 klem (mengeklek tali pusat) b. 1 gunting tali pusat (memotong tali pusat bayi) c. ½ koker (untuk melakukan amniotomi ketika ketuban belum pecah setelah pembukaan lengkap) d. 1 gunting episiotomi e. Benang tali pusat (menali tali pusat)

	<p>f. 2 pasang sarung tangan DTT steril (sarung tangan pertama digunakan untuk VT, sarung tangan kedua digunakan untuk menolong persalinan).</p> <p>5) Peralatan TTV</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 1 tensimeter dan 1 stetoskop b. 2 termometer axila c. 3 gelas (wadah air klorin, air sabun sama air DTT untuk desinfektan thermometer) d. Funandoskop (mengukur DJJ janin) <p>6) Alat dan obat-obatan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Oksitosin 10 UI (minimal 4, untuk merangsang plasenta agar cepat keluar), lidokain (minimal 4, sebagai anastesi ketika akan dilakukan episiotomi dan penjahitan), vitamin K (1 ampul, untuk mencegah terjadinya perdarahan pada bayi), vaksin Hb 0, spuit 1 cc (untuk injeksi vitamin K), 1 spuit 3 cc (untuk injeksi oksitosin), 1 spuit 10 cc (untuk injeksi lidokain) b. 3 cairan infus RL dan 1 cairan infus Dextrose 5% c. 1 vena kateter nomor 16/18 (untuk memasang infus) d. Blood set <p>7) Peralatan Resusitasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 1 balon sungkup b. Delee (untuk menghisap lendir) c. Lampu sorot 60 watt (untuk penerangan dan untuk menghangatkan tempat resusitasi) d. 1 Meja resusitasi e. Kain pengganjal kepala <p>8) Haechting Set</p> <ol style="list-style-type: none"> a. set bak instrumen yang berisi : b. 1 nail fuder c. 1 pinset sirkugis d. 1 pinset anatomis e. <i>Nail heaching</i> otot dan kulit f. Catgut cromik ukuran 0,02/0,03 g. 1 gunting benang <p>9) Kain tenun untuk Ibu dan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Handuk bersih (diletakkan diatas perut ibu) b. 1 under pad (diletakkan dibawah bokong) c. Kain penyangga perineum (penyangga perineum saat pertolongan kelahiran bayi) d. Selimut bayi e. 1 lembar kain bersih (diletakkan diatas perut ibu untuk mengetahui adanya bayi kedua dan cek kontraksi) f. Selimut ibu dan bayi g. Pembalut nifas
--	---

	<p>h. Celana dalam i. Kain panjang digulung j. 2 waslap k. Pakaian ibu</p> <p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <p>4) Manajemen penampilan 5) Mencuci tangan 6 langkah 6) Memakai APD</p> <p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <p>4) Berikan penjelasan tentang prosedur, tujuan dan manfaat 5) <i>Informed consent</i> 6) Bantu klien dalam posisi yang nyaman (semifowler).</p> <p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>1) Menutup tirai dan pintu untuk menjaga privasi pasien 2) Beri penerangan yang cukup untuk memudahkan dalam melakukan tindakan yang akan dilakukan 3) Siapkan tempat tidur pasien</p> <hr/> <p>1. MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA</p> <p>1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua. a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya. c. Perineum menonjol. d. Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.</p> <hr/> <p>2. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</p> <p>1) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set. 2) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik 3) Mencuci kedua tangan dengan air dan sabun. 4) Memakai satu sarung dengan steril untuk semua pemeriksaan dalam. 5) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan steril) dan meletakkan kembali di partus set steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).</p> <hr/> <p>3. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN BAIK</p> <p>1) Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. a. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu,</p>
--	---

	<p>membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan dalam larutan dekontaminasi) <p>2) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.</p> <p>3) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.</p> <p>4) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
	<p>4. MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya. <ol style="list-style-type: none"> a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin b. Menjelaskan kepada keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran. 2) Meminta keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman). 3) Melakukan bimbingan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran : <ol style="list-style-type: none"> a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran. c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya

	<ul style="list-style-type: none"> d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu. f. Menganjurkan asupan cairan per oral. g. Menilai DJJ setiap lima menit. h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. i. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
	<p>5. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi. 2) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu. 3) Membuka partus set. 4) Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
	<p>6. MENOLONG KELAHIRAN BAYI</p> <p>Lahirnya kelapa</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih. 2) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih. 3) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi

	<p>a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</p> <p>b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.</p> <p>4) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.</p> <p>Lahir bahu</p> <p>5) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.</p> <p>Lahir badan dan tungkai</p> <p>6) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.</p> <p>7) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.</p> <p>7. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR</p> <p>1) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).</p> <p>2) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.</p> <p>3) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).</p> <p>4) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.</p> <p>5) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat</p>
--	---

	<p>terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.</p> <p>6) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.</p> <p>Oksitosin</p> <p>7) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.</p> <p>8) Memberi tahu kepada ibu bahwa akan disuntik.</p> <p>9) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu</p> <p>Penegangan tali pusat terkendali</p> <p>10) Memindahkan klem pada tali pusat</p> <p>11) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.</p> <p>12) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.</p> <p>Mengeluarkan plasenta.</p> <p>13) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.</p> <p>a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.</p> <p>b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :</p> <p>a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.</p> <p>b) Menilai kandung kemih dan mengkaterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.</p> <p>c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.</p>
--	---

	<p>d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.</p> <p>e) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.</p> <p>14) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.</p> <p>Pemijatan Uterus</p> <p>15) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).</p>
	<p>8. MENILAI PERDARAHAN</p> <p>1) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.</p> <p>2) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.</p>
	<p>9. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN</p> <p>1) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.</p> <p>2) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.</p> <p>3) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.</p> <p>4) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 5) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %. 6) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering. 7) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI. <p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam : <ol style="list-style-type: none"> a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan. b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan. c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri. e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anesthesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai. 2) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus. 3) Mengevaluasi kehilangan darah. 4) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. <ol style="list-style-type: none"> a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
	<p>Kebersihan dan keamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi 2) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai. 3) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering. 4) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk

	<p>memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.</p> <ol style="list-style-type: none">5) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.6) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.7) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
DOKUMENTASI	Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang

Lampiran 5

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

LEMBAR KONSUL/ BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

MAHASISWA PRODI NERS KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA

TA. 2020/2021

Nama : ROESITA JUNAEDI PUTRI

NIM : 2130092

Judul Karya Ilmiah Akhir: ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.C
DENGAN GEPAAI UK 39/40 MINGGU KETUBAN PECAH PREMATUR DI
RUANG VK 16D RSPAL DR. KAMELAN SURABAYA.

NO	HARI/ TANGGAL	BAB/ SUBBAG	HASIL KONSUL/ BIMBINGAN	TANDA TANGAN
1.	Selasa, 28 Juni 2022	BAB 1, 2, 3	- Revisi UK disjodul dan di bab 3 harus sinkron. - Bab 3 : Menambahkan pembukaan	
2.	Rabu, 29 Juni 2022	Bab. 1, 2, 3	- Bab 3 : Pada RPS kejadiannya harus runtut. - Bab 1 : Penatalaksanaan KPD - Bab 1 : Menambahkan data KPP di lapangan.	
3.	Kamis, 30 Juni 2022	Bab. 1-5	- Bab 2 : Menambahkan skor Bishop - Menambahkan pemeriksaan kulumus - Pengisian : Cef identitar lagi - Mengganti diagnosa : nyeri melahirkan - Bab 3 : Implementasi - Menambahkan hasil pemantauan tanda infeksi - Menambahkan data di SOAP - Menambahkan data yang ada di SOAP harus ada di implementasi - Mengecek ulang jamjam implementasi	
4.	Kamis, 30/06/2022	Bu Anti Bab 1-3	- Menambahkan tanggal data penunjang	

Lampiran 6

LEMBAR REVISI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : ROESITA JUNAEDI PUTRI

NIM : 2130092

Judul Karya Ilmiah Akhir: ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. C DENGAN G6P4A1 UK 39/40 MINGGU KETUBAN PECAH PREMATUR DI RUANG VK IGD RSPAL DR RAMELAN SURABAYA

NO	HARI/ TANGGAL	BAB/ SUBBAG	HASIL REVISI SIDANG	TANDA TANGAN
1	Senin, 04 Juli 2022	Kata Pengantar BAB 2 BAB 3 BAB 4 Lampiran Daftar Pustaka	<p>Masukan dari Ibu Puji Hastuti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbaiki penulisan nama dan gelar penguji yang benar 2. Memperbaiki penulisan yang salah dan penulisan disesuaikan dengan SPOK 3. Memperjelas definisi ketuban pecah prematur 4. Menambahkan sumber pustaka 5. Menambahkan WOC diagnosa risiko cedera pada janin 6. Menambahkan intervensi untuk diagnosa risiko cedera pada janin 7. Membuat tabel pada riwayat kehamilan, persalinan dan nifas 8. Riwayat KB diperjelas kenapa pasien berhenti menggunakan KB IUD dan setelah melahirkan rencana menggunakan KB apa? 9. Menambahkan analisa data diagnosa risiko cedera pada janin 10. Pada prioritas masalah, masalah ditemukan dan teratasi pada jam berapa karena implementasi hanya 1 hari 11. Pada implementasi ditambahkan observasi CHPB 12. Memperbaiki tabel dengan spasi 1 13. Menambahkan dalam pembahasan kategori KPP yang dialami pasien 14. Pada pemeriksaan fisik dijelaskan implikasi dari KB yang digunakan 15. Menambahkan dalam pembahasan rasa cemas yang dialami pasien disebabkan karena apa? 16. Pada implementasi tindakan induksi persalinan dijelaskan skor bishop pasien 17. Ditambahkan ke dalam keterbatasan penelitian mengenai apakah kehamilan pasien direncanakan atau tidak mengingat pasien dengan G6P4A1 18. Menambahkan SOP pemberian drip oksitosin dan SOP persalinan normal 19. Memperbaiki penulisan daftar pustaka yang benar 	

