

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
G2P1A0 UMUR KEHAMILAN 36 MINGGU + KPP + BSC 4,5 TAHUN +
PRO CITO *SECTIO CAESAREA* + FETAL DISTRESS DI RUANG VK
IGD RSPAL DR RAMELAN SURABAYA**



Oleh :
Aliffian Sabrina Atika
Nim.: 2130050

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
G2P1A0 UMUR KEHAMILAN 36 MINGGU + KPP + BSC 4,5 TAHUN +
PRO CITO *SECTIO CAESAREA* + FETAL DISTRESS DI RUANG
VK IGD RSPAL DR RAMELAN SURABAYA**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
untuk memperoleh gelar Ners**



**Oleh:
Aliffian Sabrina Atika
NIM.2130050**

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

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Aliffian Sabrina Atika

NIM : 2130050

Tempat, Tanggal Lahir : Lamongan, 21 April 1999

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis G2P1A0 Umur Kehamilan 36 Minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress*”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana semestinya.



Surabaya, 30 Juni 2022

Aliffian Sabrina Atika

NIM.2130050

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Aliffian Sabrina Atika
NIM : 2130050
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis
G2P1A0 Umur Kehamilan 36 Minggu + KPP + BSC 4,5
Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress*

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

NERS (Ns.)

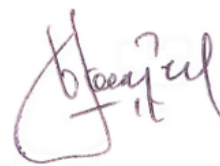
Pembimbing I



Puji Hastuti, S.Kep.Ns. M.Kep.

NIP. 03010

Pembimbing II



Widhowati Tri A.S, SST

NIP. 196803091988112001

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 07 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir dari:

Nama : Aliffian Sabrina Atika

NIM : 2130050

Program Studi : Pendidikan profesi ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis
G2P1A0 Umur Kehamilan 36 Minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun +
Pro Cito SC + *Fetal Distress*

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NS” pada prodi pendidikan profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Astrida Budiarti, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Mat

NIP. 03025



Penguji II : Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

NIP. 03.010



Penguji III : Widhowati Tri A.S, SST

NIP. 196803091988112001



Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.Ns. M.Kep.
NIP. 03009

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis G2P1A0 Umur Kehamilan 36 Minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress*” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini buat sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di program studi pendidikan profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak.

Dalam kesempatan kali ini, Perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana TNI dr. Gigih Imanta J.,Sp.Pd., Finansm , selaku Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk Menyusun karya ilmiah akhir
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya

3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S-1 Keperawatan.
4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program pendidikan profesi Ners.
5. Ibu Puji Hastusi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing yang senantiasa membimbing, memberikan saran, masukan, kritik, dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Astrida Budiarti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji I terima kasih atas arahan, kritikan serta sarannya dalam pembuatan dan penyelesaian untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Widhowati Tri A.S, SST penguji III dan pembimbing klinik terima kasih atas arahan, kritikan serta sarannya dalam pembuatan dan penyelesaian untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini selaku .
8. Seluruh dosen, staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu dan membimbing selama menuntut ilmu di Program Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.
9. Seluruh mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah bersedia menjadi responden serta membantu saya dalam proses penelitian dan pengambilan data.
10. Kedua orang tua yang senantiasa memberikan support, kasih sayang dan dukungan materi serta senantiasa mendoakanku dalam setiap langkahku.

11. Saudara-saudara saya yang senantiasa memberikan semangat dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya

12. Teman-teman seperjuangan dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah telah membantu dan menemani dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Penulis telah berusaha untuk dapat menyelesaikan proposal ini ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunannya sehingga, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan.

Surabaya, 30 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
HALAMAN PERNYATAAN	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	3
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.4.3 Metode penulisan.....	6
1.4.4 Sistematika penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep kehamilan	9
2.1.1 Pengertian kehamilan.....	9
2.1.2 Anatomi fisiologi system reproduksi Wanita	10
2.1.3 Proses terjadinya kehamilan	13
2.1.4 Tanda-tanda kehamilan.....	14
2.1.5 Pembagian trimester dalam kehamilan	16
2.2 Konsep KPP (Ketuban Pecah Prematur)	17
2.2.1 Definisi KPP	17
2.2.2 Klasifikasi KPP.....	18
2.2.3 Etiologi KPP	19
2.2.4 Tanda dan gejala KPP.....	22
2.2.5 Patofisiologi KPP	22
2.2.6 Komplikasi KPP	23
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang KPP.....	24
2.2.8 Penatalaksanaan KPP.....	26
2.3 Konsep <i>sectio caesarea</i>	29
2.3.1 Definisi <i>sectio caesarea</i>	29
2.3.2 Tipe-tipe <i>sectio caesarea</i>	30
2.3.3 Indikasi <i>sectio caesarea</i>	30
2.3.4 Dampak <i>sectio caesarea</i>	31
2.4 Konsep <i>fetal distress</i>	31
2.4.1 Definisi <i>fetal distress</i>	31
2.4.2 Etiologi	33

2.4.3 Patofisiologi.....	35
2.4.4 Diagnosis <i>fetal distress</i>	37
2.4.5 Penatalaksanaan.....	38
2.5 Konsep asuhan keperawatan	39
2.5.1 Pengkajian.....	39
2.5.2 Diagnosa keperawatan	42
2.5.3 Intervensi	34
2.6 Kerangka masalah keperawatan/konsep MAPP.....	47
BAB 3 TINJAUAN KASUS	48
3.1 Pengkajian.....	48
3.1.1 Identitas.....	48
3.1.2 Status kesehatan saat ini	48
3.1.3 Riwayat keperawatan.....	49
3.1.4 Genogram	50
3.1.5 Riwayat ANC.....	50
3.1.6 Riwayat keluarga berencana	51
3.1.7 Riwayat kesehatan	51
3.1.8 Riwayat lingkungan.....	51
3.1.9 Aspek psikososial	51
3.1.10 Kebutuhan dasar khusus	52
3.1.11 Pemeriksaan fisik	54
3.1.12 Kesiapan dalam kehamilan dan persalinan	56
3.1.13 Riwayat persalinan sekarang	56
3.2 Data penunjang	57
3.3 Analisa data	58
3.4 Prioritas masalah.....	59
3.5 Intervensi keperawatan	59
3.6 Implementasi.....	65
BAB 4 PEMBAHASAN	68
4.1 Pengkajian.....	68
4.1.1 Identitas.....	68
4.1.2 Status kesehatan saat ini	68
4.1.3 Status keperawatan	69
4.1.4 Riwayat ANC.....	70
4.1.5 Riwayat keluarga berencana (KB).....	71
4.1.6 Riwayat Kesehatan	71
4.1.7 Pemeriksaan fisik.....	72
4.1.8 Riwayat persalinan sekarang	74
4.2 Data penunjang	75
4.3 Diagnosa keperawatan	76
4.4 Intervensi & implementasi.....	76
4.5 Evaluasi.....	78
BAB 5 PENUTUP.....	85
5.1 Simpulan	85
5.2 Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Pengukuran sirkumtatif (satu kantong) volume cairan ketuban	25
Tabel 2.2	Indeks cairan ketuban berdasarkan pengukuran empat kuadran (<i>Phelan</i>)	26
Tabel 2.3	Etiologi <i>fetal distress</i>	33
Tabel 3.1	Riwayat persalinan sekarang	56
Tabel 3.2	Analisa data pada Ny. R dengan diagnose medis G2P1A0 UK 36 minggu +KPP+BSC 4,5 tahun + pro <i>sectio caesarea</i> + <i>fetal distress</i>	58
Tabel 3.3	Implementasi keperawatan pada Ny. R diagnose medis G2P1A0 UK 36 minggu +KPP+BSC 4,5 tahun + pro <i>sectio caesarea</i> + <i>fetal distress</i>	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alat genitalia eksterna wanita	10
Gambar 2.2 Alat genitalia interna wanita.....	12
Gambar 2.3 Kerangka konsep kasus KPP.....	47
Gambar 3.1 Genogram pada Ny.R.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPO penatalaksanaan KPD.....	92
Lampiran 2 <i>Curriculum Vitae</i>	93
Lampiran 3 Motto dan Persembahan	94

DAFTAR SINGKATAN

%	: Persen
AFI	: Amnion Fluid Indeks
ANC	: Ante Natal Care
BSC	: Bekas <i>Sectio Caesarea</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IUD	: Intra Uterin Device
KB	: Keluarga Berencana
KPP	: Ketuban Pecah Premature
MRS	: Masuk Rumah Sakit
PAP	: Pintu Atas Panggul
PEB	: Pre Eklamsia Berat
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Persalinan
TTV	: Tanda-tanda vital
UK	: Umur Kehamilan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang normal dialami oleh perempuan dalam siklus reproduksi. Kehamilan dimulai dari ovulasi atau pelepasan sel telur, kemudian terjadi pertumbuhan zigot hasil konsepsi pada uterus yang kemudian berkembang sampai kehamilan cukup bulan (Sehmawati dan Inaya, 2018) dalam (Y. W. Putri, 2021). Seseorang yang mengalami kehamilan akan menghadapi proses persalinan untuk mengeluarkan hasil konsepsinya. Adapun tanda-tanda persalinan salah satunya adalah air ketuban pecah dan keluar melalui jalan lahir (KIA, 2020) dalam (Pratiwi, 2022). Jika air ketuban pecah tetapi tidak diikuti dengan tanda-tanda melahirkan lainnya serta janin belum matang atau sebelum minggu ke-37 biasa disebut KPP (Ketuban Pecah Prematur) hal ini dapat menjadi tanda bahaya dalam kehamilan. KPP perlu penanganan sesegera mungkin untuk menghindari terjadinya komplikasi pada ibu dan janin (Puspitasari, 2021). Dokter akan mempertimbangkan beberapa hal untuk tindakan selanjutnya seperti tindakan mempertahankan kehamilan sampai kehamilan aterm, induksi persalinan, ataupun tindakan operasi *Sectio Caesarea*. Masalah keperawatan yang bisa muncul pada kasus KPP salah satunya adalah risiko cedera pada janin. Gambaran asuhan keperawatan kasus G2P1A0 + KPP + BSC 4,5 tahun + Pro cito SC + *Fetal distress* belum banyak dijelaskan.

Data WHO (World Health Organization) tahun 2014 menunjukkan bahwa tindakan operasi *Sectio Caesarea* mengalami peningkatan standar rata-rata operasi *Sectio Caesarea* yaitu sekitar 10-15%, pada tahun 2015 meningkat sebanyak 22,5%

bahkan data WHO *Global Survey On Maternal And Perinatal Health* menunjukkan 46,1% dari seluruh kelahiran *Section Caesarea* 3.509 kasus *section caesarea* (Marlina 2016). Sedangkan untuk kejadian KPP (Ketuban Pecah Prematur) menurut data dari WHO adalah 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat dari komplikasi kehamilan dan proses kelahiran salah satunya ketuban pecah dini (WHO, 2014) (Hikmah & Putri, 2016). Data dari RISKESDAS menunjukkan tahun 2018 di Indonesia tingkat persalinan *Section Caesarea* adalah sebanyak 78.736 (17,6%). Angka insidensi KPP di Indonesia mencapai 4,5% sampai 7,6 % dari seluruh kehamilan. Prevalensi komplikasi KPP aterm mencapai 8% , sedangkan KPP di Indonesia KPP preterm mencapai 13%, partus lama 18%, dan penyebab lainnya 2% (WHO, 2015) dalam (Mellisa, 2021). Kasus dengan tindakan *Section Caesarea* Di Jawa Timur sebanyak 1.141 orang (Santoso dkk., 2022). Angka kejadian KPP + BSC berdasarkan studi pendahuluan oleh penulis di ruang VK IGD RSPAL DR Ramelan Surabaya yaitu pada Januari 2021 – Januari 2022 sebanyak 19 orang. . Dari data 19 orang tersebut 98% mengalami masalah nyeri 80% mengalami masalah keperawatan ansietas. Per tanggal 1 maret 2022 – 29 maret 2022 sebanyak 2 orang 99% mengalami masalah keperawatan nyeri.

Penyebab ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan disebabkan karena infeksi selaput ketuban, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, paritas, riwayat abortus, ukuran panggul yang sempit, aktivitas dan trauma yang di dapat seperti hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis (Sujiyatini, 2009) dalam (Rifiana & Hasanah, 2018). Jika KPP tidak ditangani dngan segera dapat berbagai komplikasi salah satunya adalah *fetal distress* akibat dari kehilangan cairan ketuban yang cukup banyak.

Menurut beberapa penelitian pencegahan KPP yang dapat dilakukan adalah salah satunya dengan pemberian suplemen vitamin C pada masa kehamilan efektif dapat mengurangi kejadian ketuban pecah premature (Bainuan, 2018). Disini peran perawat adalah educator untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan KPP selama masa kehamilan sebagai upaya untuk mengurangi/mencegah kejadian KPP secara dini. Jika KPP sudah terjadi maka peran perawat adalah sebagai kolaborator kepada dokter specialist yang lebih berkompeten untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dengan memperhatikan beberapa hal yang menjadi pertimbangan terutama jika terjadi kegawatan dalam kasus KPP maka harus segera dilakukan terminasi kehamilan dengan tindakan terminasi kehamilan cito SC. Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis G2P1A0 Usia Kehamilan 36 Minggu + KPP + BSC 4,5 tahun + Pro SC + *Fetal distress* Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis G2P1AO Usia Kehamilan 36 Minggu + KPP + BSC 4,5 tahun + Pro SC + *Fetal distress* Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G2P1A0 umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC 4,5 tahun + Pro SC + Fetal distress di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan G2P1A0 umur kehamilan 36 minggu + KPP BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress* di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan G2P1A0 umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress* di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada pasien dengan G2P1A0 umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress* di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan G2P1A0 umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress* di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan G2P1A0 umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress* di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

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 :

1.4.1 Manfaat teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien dengan umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal Distress*.

1.4.2 Manfaat praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC + Pro Cito SC + *Fetal Distress* sehingga penatalaksanaan secara 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 digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan umur kehamilan 36 minggu + KPP + BSC + Pro Cito SC + *Fetal Distress* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi klien dan keluarga

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini kelainan kehamilan KPP + BSC + Pro Cito SC + *Fetal Distress* sehingga keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan *post sectio caesarea* dirumah.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan kelainan kehamilan KPP + BSC + Pro Cito SC + *Fetal Distress* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada suatu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan yang 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, laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data skunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga maupun orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

c. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto, persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstrak.
2. Bagian ini meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan studi kasus

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep kehamilan, konsep KPP (Ketuban Pecah Prematur), konsep section caesarea, konsep *fetal distress* dan konsep asuhan keperawatan dengan KPP (Ketuban Pecah Prematur)

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Simpulan dan saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menjelaskan mengenai: 1) konsep kehamilan, 2) konsep KPP (Ketuban Pecah Prematur), 3) konsep *sectio caesarea*, 4) konsep *fetal distress* 5) konsep asuhan keperawatan.

2.1 KONSEP KEHAMILAN

2.2.1 Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan fertilisasi dan dilanjutkan oleh nidasi . kehamilan dimulai dari masa konsepsi sampai sampai lahirnya bayi lamanya yaitu 40 minggu yang dihitung dari HPHT (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017) dalam (C. L. Wulandari dkk., 2021)

Kehamilan merupakan sebuah proses bertemunya sel telur yang sudah matang dengan sperma, hingga pada akhirnya membentuk sel baru yang akan tumbuh menurut BKKBN dalam (Kompas.com, 2020)

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Walyani, 2015) dalam (Mone, 2019).

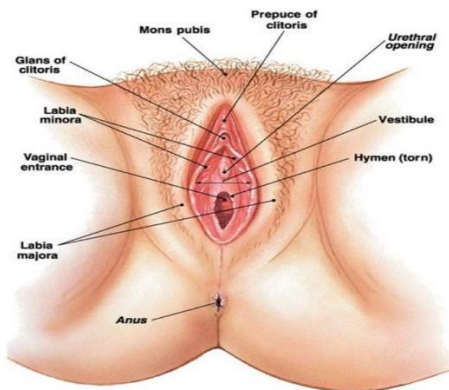
Pengertian kehamilan dari beberapa literatur dapat disimpulkan adalah kehamilan merupakan proses fisiologis bagi wanita yang diawali dengan adanya pertemuan antara sel telur dan sel sperma hingga terjadi nidasi atau implantasi yang berkembang hingga bayi dilahirkan.

2.2.2 Anatomi fisiologi

Berikut merupakan anatomi dan fisiologi alat reproduksi wanita

Menurut (Mabuaba2013) dalam (C. L. Wulandari dkk., 2021):

1. Alat genetalia eksterna :



Gambar 2.1 alat genetalia eksterna wanita
 Sumber : <https://bocahradiography.files.wordpress.com>

a. Mons veneris atau mons pubis

Disebut dengan gunung uterus yang merupakan bagian menonjol dibagian depan simfisis yang terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikat.

b. Labia mayora

Kedua bibir labia mayora dibagian bawah membentuk perineum.

Permukaan terdiri dari :

- 1) Bagian luar : tertutup rambut, kelanjutan dari rambut mons pubis.
- 2) Bagian dalam : tanpa rambut merupakan selaput yang terdapat kelenjar sebacea.

c. Labia minora

Merupakan lipatan tipis dari kulit dan terletak didalam labia mayora dan di atasnya terdapat klitoris yang membentuk preputium klitoridis dan bawah membentuk frenulum klitoridis.

d. Klitoris

Merupakan bagian penting dari alat reproduksi luar yang bersifat erektil dan terletak di dekat ujung superior vulva. Organ ini terdapat banyak pembuluh darah dan serat saraf sensoris sehingga sangat sensitive.

e. Vestibulum

Merupakan alat reproduksi bagian luar yang terletak diantara labia minora, klitoris dan *fourchette*. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra, vagina dan kelenjar perivaginam.

f. Hymen (selaput dara)

Merupakan jaringan yang menutupi lubang vagina bersifat rapuh dan mudah sekali robek. Himen ini berlubang sehingga menjadi tempat saluran keluarnya lendir yang dikeluarkan oleh uterus dan darah saat mengalami menstruasi.

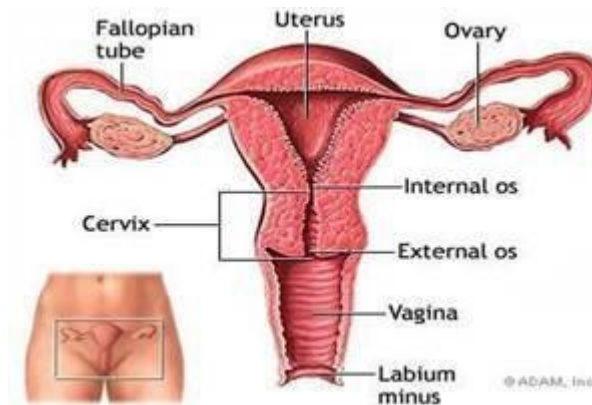
g. Perineum

Merupakan daerah muscular yang ditutupi kulit yaitu antara introitus vagina dan anus. Perineum ini membentuk badan perineum.

h. *Fourchette*

Merupakan lipatan jaringan transversal, pipih dan tipis. Yang terletak dibagian pertemuan ujung bawah labia mayora dan labia minora. Digaris tengah berada dibawah *orifisium* vagina

2. Alat genitalia interna



Gambar 2.2 alat genitalia interna Wanita

Sumber <https://www.klinikindonesia.com>

a. Vagina

Merupakan saluran yang menghubungkan vulva dengan rahim, terletak diantara saluran kemih dan dubur. Diujung atas dari vagina terdapat letak mulut rahim. Ukuran Panjang dinding depan adalah 8 cm dan dinding belakang adalah 10cm serta bentuk dalamnya berlipat-lipat.

b. Uterus

Merupakan organ otot berdinding tebal dan berongga (cavum). Berbentuk, besar, dan letak susunan uterus berbeda-beda tergantung umur. Uterus ini berfungsi sebagai tempat implantasi ovum yang telah dibuahi, sebagai tempat perkembangan janin.

c. Tuba falopi

Terdapat pada tepi atas ligamentum latum, berjalan kearah lateral, mulia dari kornu uteri kanan dan kiri yang diameternya bekisar antara 3 – 4 mm. fungsi tuba falopi sendiri adalah untuk membawa ovum yang dilepaskan ovarium ke kavum uteri, *Pars interstitialis*.

d. Ovarium

Berfungsi sebagai pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum, ovulasi, sintesis, dan sekresi hormone-hormon steroid. Letak ovum kearah uterus tergantung pada ligamentum infundibulo pelvikum dan melekat pada ligamentum latum melalui mesovarium.

2.2.3 Proses terjadinya kehamilan

Berikut merupakan proses terjadinya kehamilan menurut (Retnowati dkk., 2020) :

1. Pembuahan (konsepsi = fertilisasi)

Pembuahan merupakan peristiwa penyatuan antara sel sperma dengan sel telur di tuba fallopi. Hanya akan ada satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitellus ovum. Setelah itu zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain, proses ini diikuti oleh penyatuan kedua pronuklei (zigot) yang terdiri atas genetik laki-laki dan perempuan. Pembuahan mungkin menghasilkan XX-zigot yang menurunkan bayi perempuan dan XY-zigot menurunkan bayi laki-laki. Dalam beberapa jam setelah pembuahan akan terjadi pembelahan zigot selama 3 hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi ini digerakkan oleh arus dan getaran rambut (silia) dan kontraksi tuba.

2. Nidasi (implantasi)

Merupakan masuknya hasil konsepsi kedalam endometrium. Blastula di selubungi oleh tropoblast yang mampu mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium mengalami fase sekresi.

Jaringan endometrium ini mengandung banyak nutrisi untuk buah kehamilan. umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim dekat fundus uteri. Apabila nidasi telah terjadi mulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel yang lebih kecil terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan membentuk ruang amnion. Maka dari itu terbentuklah suatu lempeng embrional.

2.2.4 Tanda-tanda kehamilan

Berikut merupakan tanda-tanda kehamilan menurut (Hartini, 2018) :

1. Tanda-tanda tidak pasti (presumptive sign)

Merupakan perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari apa yang dirasakan oleh wanita hamil, yang terdiri sebagai berikut :

a. Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan pembentukan folikel dan graf tidak terjadi dan ovulasi sehingga akan terjadi tidak mengalami menstruasi

b. Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah terutama pada pagi hari.

c. Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan system ductus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan aveolar dari payudara.

d. Sering miksi

Desakan rahim ke depan akan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi.

e. Pigmentasi kulit

Terjadi karena pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Hal ini biasanya terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu.

f. Epulis

Pada trimester pertama biasanya sering terjadi hipertrofi papilla gingivae/gusi

2. Tanda kemungkinan (Probability sign)

Merupakan adanya perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu sebagai berikut :

a. Pembesaran perut

Terjadi karena pembesaran uterus. Hal ini dapat terjadi pada usia 16 minggu kehamilan.

b. Tanda hegar

Merupakan pelunakan dan dapat ditekan isthmus uteri

c. Tanda godel

Merupakan pelunakan serviks pada wanita yang hamil. Jika pada wanita tidak hamil seperti ujung hidung dan jika pada wanita hamil akan melunak seperti bibir.

d. Tanda chadwicks

Yaitu adanya perubahan warna pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga portio dan serviks.

e. Tanda piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Hal ini terjadi karena ovum berimplantasi di daerah dekat dengan kornu sehingga berkembang terlebih dahulu.

f. Kontraksi braxton hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot dari uterus yang diakibatkan adanya meningkatnya actomysin dalam otot uterus

g. Teraba balloment

Ketukan pada uterus akan menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban sehingga dapat dirasakan oleh pemeriksa.

3. Tanda pasti hamil menurut (C. L. Wulandari dkk., 2021) :

a. Adanya gerakan janin

b. Terdapat denyut jantung janin

c. Dalam foto rontgen terdapat gambaran tulang-tulang janin

2.2.5 Pembagian trimester dalam kehamilan

Berikut merupakan pembagian trimester dalam kehamilan menurut (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017) dalam (C. L. Wulandari dkk., 2021) :

1. Trimester pertama (1 – 12 minggu)

Trimester pertama merupakan minggu pertama sampai dengan minggu ke-12 kehamilan. Trimester pertama ini dapat dibagi menjadi periode embrionik yaitu dimana organogenesis terjadi pada waktu dimana embrio

paling sensitif terhadap tetarogen. Akhir dari periode embrionik dan awal periode janin terjadi pada 8 minggu setelah pembuahan dimulai dan HPHT (DeCherney *et al*, 2019). Janin memiliki risiko keguguran tertinggi (kematian dialami embrio janin) (Stephanie *et al*, 2016). Pada minggu ke 12 denyut jantung janin dapat terlihat dengan jelas melalui alat ultrasound, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin janin dapat diketahui dan ginjal mulai memproduksi urine.

2. Trimester 2 (13 – 28 minggu)

Pada pertengahan trimester dua pergerakan janin akan bisa terasa. Pada akhir trimester dua janin dapat bernafas, menelan, mengatur suhu, terbentuknya surfactant di paru, mata mulai membuka dan menutup dan ukuran janin $2/3$ saat lahir

3. Trimester tiga (29 – 40 minggu)

Pada trimester 3 seluruh uterus akan seluruh uterus terisi bayi sehingga tidak bisa bebas bergerak dan berputar banyak. Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir.

2.3 KONSEP KPP (Ketuban Pecah Prematur)

2.3.1 Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban yang terjadi sebelum waktunya melahirkan. KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya untuk melahirkan. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. (Sarwono, 2008) dalam (Rifiana & Hasanah, 2018)

Ketuban pecah dini merupakan robeknya membran ketuban yang dapat terjadi pada ibu sebelum waktu persalinan, dan juga bisa terjadi pada fase laten bersalin, dan juga bisa terjadi pada waktu kehamilan memasuki trimester II maupun trimester III. Ketuban pecah dini (KPD) dapat ditandai dengan adanya robekan pada membran yang menyebabkan ketuban pecah dalam waktu 1 jam dan pada saat dilakukan pemeriksaan dalam tidak ditemukan adanya tanda-tanda persalinan seperti pembukaan (Nikmathul Ali et al., 2021) dalam (Susilowati dkk., 2020)

Ketuban pecah dini atau PROM (Premature Rupture of Membranes) adalah keluarnya cairan ketuban melalui robeknya membran korioamnion yang terjadi sebelum nyeri persalinan di setiap usia kehamilan (Cunningham et al, 2010) dalam (Bainuan, 2018)

Pengertian KPP dari beberapa literatur dapat disimpulkan bahwa KPP (Ketuban Pecah Prematur) merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dimulai baik dalam kehamilan preterm maupun aterm.

2.3.2 Klasifikasi

Klasifikasi KPD menurut (POGI, 2014) dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu, KPD preterm dan KPD aterm.

1. KPD preterm

Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban yang terbukti dengan vaginal pooling, tes nitrazin dan, tes fern atau IGFBP-1 (+) pada usia <37 minggu sebelum onset persalinan. KPD sangat preterm adalah pecahnya ketuban saat umur kehamilan ibu antara 24 sampai kurang dari

34 minggu, sedangkan KPD preterm saat umur kehamilan ibu antara 34 sampai kurang dari 37 minggu.

2. KPD aterm

Ketuban pecah dini aterm adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya yang terbukti dengan vaginal pooling, tes nitrazin dan tes fern (+), IGFBP-1 (+) pada usia kehamilan ≥ 37 minggu.

2.3.3 Etiologi

Faktor-faktor penyebab dari KPP belum diketahui secara pasti dan jelas, namun terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian KPP didalam jurnal (Susilowati dkk., 2020):

1. Usia

Usia dapat berisiko menyebabkan KPP yaitu ibu dengan usia <20 tahun dikarenakan organ reproduksinya belum bekerja dengan baik termasuk jalan lahir yang belum matang untuk bekerja secara optimal sehingga dapat menyebabkan kurang optimalnya pembentukan beberapa jaringan yang ada di dalamnya dan juga nantinya dapat berpengaruh terhadap pembentukan membran ketuban yang tipis sehingga dapat menyebabkan KPP. Sedangkan untuk ibu dengan usia >35 tahun juga dapat berpotensi mengalami penurunan fungsi organ sehingga dapat mempunyai potensi lebih besar untuk terkena penyakit degenerative seperti hipertensi, gangguan pada sistem pembuluh darah, dan diabetes mellitus di mana beberapa penyakit ini secara tidak langsung juga dapat mempengaruhi tingkat kejadian KPP (Maharrani & Nugrahini, 2017).

2. Gemelli

Gemelli merupakan kehamilan ganda yang ditandai dengan ukuran uterus yang lebih besar dibandingkan dengan usia kehamilannya sehingga dapat menyebabkan terjadinya regangan pada rahim. Hal ini dapat meningkatkan tekanan di dalam rahim, sehingga dengan tekanan yang berlebihan vaskularisasi tidak berjalan dengan lancar kemudian akan mengakibatkan selaput ketuban kekurangan jaringan ikat sehingga terjadi pembentukan selaput ketuban yang lemah dan apabila terjadi sedikit pembukaan serviks saja maka selaput ketuban akan mudah pecah. (Hackenhaar et al., 2014).

3. Komplikasi pada persalinan

Komplikasi pada persalinan biasanya sering terjadi pada ibu multipara dan grandemultipara, karena hal ini berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang menurun seperti pada bagian leher rahim yang berkurang keelastisannya sehingga hal ini dapat menyebabkan pembukaan yang lebih dini pada serviks yang mengakibatkan kelainan dalam proses persalinan seperti KPP (Hardjito et al., 2017).

4. Anemia

Anemia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya KPP. Pada ibu dengan usia kehamilan preterm adalah 28-36 minggu pada trimester III selaput ketuban akan mudah pecah, melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan juga pembesaran janin. Hal ini dikarenakan pecahnya selaput ketuban ada kaitannya dengan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks

ekstraseluler amnion, korion, dan apoptosis membrane janin.(Tchirikov et al., 2018)

5. Bakteri anaerob

bakteri anaerob yang tumbuh pada area vagina ibu saat menjadi salah satu penyebab KPP. Hal ini disebabkan oleh vulva hygiene ibu yang kurang baik sehingga dapat menimbulkan adanya infeksi ascendens yaitu karena adanya pertumbuhan bakteri pathogen atau terjadi perubahan mikroba flora normal yang ada pada daerah vagina maupun serviks. Bakteri pathogen ini akan merambah melalui vagina kemudian menuju ke serviks ibu hingga masuk ke membran ketuban dan dapat menyebabkan penurunan fungsi pada membran ketuban. Serta dengan adanya bakteri vaginosis yang mengakibatkan peptidase akan lebih mudah untuk mendegenerasikan kolagen dan melemahkan membran ketuban yang akan mengakibatkan pecahnya membran ketuban (Nguyen et al., 2021).

6. Pekerjaan ibu

Pola pekerjaan fisik ibu yang berat dapat mempengaruhi kebutuhan energinya yaitu dengan tingkat lamanya bekerja melebihi 3-5 jam perhari dapat menimbulkan kelelahan. Ibu yang mengalami kelelahan dalam bekerja akan mengakibatkan korion amnion melemah sehingga dapat menimbulkan kejadian KPP (Nikmathul Ali et al., 2021)

7. Disorposi kepala panggul atau *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

Disorposi kepala panggul atau CPD dapat menyebabkan terjadinya KPP, hal ini dikarenakan bagian terendah janin tidak dapat masuk ke panggul ibu sehingga akan terjadi penekanan pada cairan yang terdapat di dalam rahim

bagian bawah dan akibatnya akan dapat menimbulkan pecahnya membran ketuban atau terjadinya KPP pada ibu bersalin (Barokah & Agustina, 2021)

8. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun merupakan jarak kehamilan yang beresiko tinggi sewaktu persalinan dikarenakan kondisi rahim yang belum sepenuhnya kembali pulih dengan baik dan normal sehingga dapat menyebabkan pertumbuhan janin yang kurang optimal di dalam kandungan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya perdarahan pada ibu hamil trimester III, hal ini juga bisa disebabkan karena dari ibu yang mengalami anemia, plasenta previa, dan infeksi yang berakibat terhadap kejadian KPP (Y. M. Sari & Munir, 2020)

8.1.3 Tanda dan gejala

Tanda yang terjadi pada KPP (Ketuban Pecah Prematur) adalah adanya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, aroma air ketuban yang berbau, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017) dalam (Lazuarti, 2020).

8.1.4 Patofisiologi

Salah satu patofisiologi dari ketuban pecah dini adalah infeksi. Pathogen saluran genitalia yang dikaitkan dengan ketuban pecah dini adalah *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, dan

grup B beta hemolytic streptococcus. Pathogen tersebut paling sering ditemukan di cairan ketuban, pathogen tersebut melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan kontraksi uterus. Hal ini menyebabkan adanya perubahan dan pembukaan serviks, dan pecahnya selaput ketuban. Selain itu akibat peningkatan tekanan secara mendadak membuat peningkatan tekanan intraamniotik dan reflek mengedan sering terjadi pada kontraksi uterus aterm atau preterm dapat menyebabkan pecahnya selaput ketuban. Peningkatan sitokin lokal atau ketidakseimbangan antara MMP dan TIMP sebagai respon dari kolonisasi mikroba juga dapat menyebabkan ketuban pecah dini (Sarwono, 2010) dalam (Andalas dkk., 2019).

8.1.5 Komplikasi

Komplikasi KPD menurut (Achadiat, 2010) dalam (Lazuarti, 2020) adalah :

1. Komplikasi pada janin pada janin karena KPD adalah sindrom distres pernapasan dan prematuritas. Sindrom distres pernapasan terjadi karena pada ibu dengan KPD mengalami oligohidramnion.
2. Komplikasi pada ibu yang sering terjadi adalah infeksi sampai dengan sepsis. membran janin berfungsi sebagai penghalang untuk menghalangi merambatnya infeksi. Setelah ketuban pecah, baik ibu dan janin beresiko infeksi hal ini terjadi karena setelah ketuban pecah maka akan ada jalan masuk mikroorganisme dari luar uterus apalagi jika sering dilakukan pemeriksaan dalam. Komplikasi yang kedua adalah peritonitis khususnya jika dilakukan pembedahan, dan komplikasi yang ketiga adalah ruptur

uteri karena air ketuban habis, sehingga tidak ada pelindung antara janin dan uterus jika ada kontraksi sehingga uterus mudah mengalami kerusakan

8.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang KPP menurut (Negara, 2020) adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan laboratorium

Dilakukan untuk menentukan ada atau tidaknya infeksi, kriteria laboratorium yang digunakan adalah adanya Leukositosis maternal (WBC yang lebih dari 16.000/uL), adanya peningkatan C-reactive protein cairan ketuban dan gas-liquid chromatography, serta Amniosentesis untuk mendapatkan bukti yang kuat (misalnya cairan ketuban yang mengandung leukosit yang banyak atau bakteri pada pengecatan gram maupun pada kultur aerob maupun anaerob).

2. Tes lakmus (tes nitrazin)

Yaitu jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (Alkalis). Normalnya pH air ketuban berkisar antara 7-7,5. Darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. Mikroskopik (tes pakis), yaitu dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dandibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

3. Ultrasonografi (USG)

Digunakan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Dikenaltiga cara pengukuran cairan ketuban, yaitu secara subyektif, semikuantitatif (pengukuran satu kantong), dan pengukuran empat kuadran

menurut Phelan. Sayangnya tidak ada satupun metode pengukuran volume cairan ketuban tersebut yang dapat dijadikan standar baku emas. Penilaian subyektif oleh seorang pakar dengan menggunakan USG “real-time” dapat memberikan hasil yang baik. Penilaian subyektif volume cairan ketuban berdasarkan atas pengalaman subyektif pemeriksa didalam menentukan volume tersebut berdasarkan apa yang dilihatnya pada saat pemeriksaan. Dikatakan normal bila masih ada bagian janin yang menempel pada dinding uterus, dan bagian lain cukup terisi cairan ketuban. Bila sedikit, maka sebagian besar tubuh janin akan melekat pada dinding uterus, sedangkan bila hidramnion, maka tidak ada bagian janin yang menempel pada dinding uterus.

Pengukuran semikuantitatif dilakukan melalui pengukuran dari satu kantong (single pocket) ketuban terbesar yang terletak antara dinding uterus dan tubuh janin, tegak lurus terhadap lantai. Tidak boleh ada bagian janin yang terletak didalam area pengukuran tersebut. Klasifikasinya dapat dilihat dalam table dibawah ini :

Tabel 2.1 pengukuran sirkumtatif (satu kantong) volume cairan ketuban. Sumber : Weber G, Merz E. Amniotic Fluid. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2005:409-414

Hasil pengukuran	Interprestasi
> 2cm, < 8cm	Volume cairan ketuban normal
> 8 cm	Polihidramnion
> 8 – 12 cm	Polihidramnion ringan
12 – 16 cm	Polihidramnion sedang
> 16 cm	Polihidramnion berat
≥ 1 cm, ≤ 2 cm	Volume cairan ketuban meragukan (borderline)

< 1cm	Oligohidramnion
-------	-----------------

Pengukuran volume cairan ketuban empat kuadran atau indeks cairan amnion (ICA)/amnion fluid index (AFI) diajukan oleh Phelan, (dkk 1987) lebih akurat dibandingkan cara lainnya. Pada pengukuran ini, abdomen ibu dibagi atas empat kuadran. Garis yang dibuat melalui umbilikus vertikal ke bawah dan transversal. Kemudian transduser ditempatkan secara vertikal tegak lurus lantai dan cari diameter terbesar dari kantong ketuban, tidak boleh ada bagian janin atau umbilikus didalam kantong tersebut. Setelah diperoleh empat pengukuran, kemudian dijumlahkan dan hasilnya ditulis dalam millimeter atau sentimeter.

Tabel 2.2 Indeks Cairan Ketuban Berdasarkan Pengukuran Empat Kuadran (Phelan). Sumber : modifikasi dari Weber G, Merz E. Amniotic Fluid. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*.2005:409-414

Hasil pengukuran	Interprestasi
50 – 250 mm	Normal
> 250 mm	Polihidramnion
< 50 mm	Oligohidramnion

8.1.7 Penatalaksanaan

Prinsip penanganan Ketuban Pecah Dini adalah :

memperpanjang kehamilan sampai paru-paru janin matang atau dicurigai adanya atau terdiagnosis khorioamnionitis

1. KPD dengan kehamilan aterm
 - a. Diberikan antibiotika prafilaksis, Ampisilin 4 x 500 mg selama 7 hari
 - b. Dilakukan pemeriksaan "admission test" bila hasilnya patologis dilakukan terminasi kehamilan

- c. Observasi temperatur rektal setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan $37,6^{\circ}\text{C}$, segera dilakukan terminasi
 - d. Bila temperatur rektal tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
 - e. Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric
 - f. Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi Pelvic Score (PS):
 - 1) Bila PS lebih atau sama dengan 5, dilakukan induksi dengan oksitosin drip.
 - 2) Bila PS kurang dari 5, dilakukan pematangan servik dengan Misoprostol $50\ \mu\text{gr}$ setiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.
2. KPD dengan kehamilan pre term
- a. Penanganan di rawat di RS
 - b. Diberikan antibiotika : Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari. Untuk merangsang maturasi paru diberikan kortikosteroid (untuk UK kurang dari 35 minggu) : Deksametason 5 mg setiap 6 jam.
 - c. Observasi di kamar bersalin :
 - 1) Tirah baring selama 24 jam, selanjutnya dirawat di ruang obstetri.
 - 2) Dilakukan observasi temperatur rektal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan terjadi peningkatan temperature rektal lebih atau sama dengan $37,6^{\circ}\text{C}$, segera dilakukan terminasi.

d. Di ruang Obstetri :

- 1) Temperatur rektal diperiksa setiap 6 jam.
- 2) Dikerjakan pemeriksaan laboratorium : leukosit dan laju endap darah (LED) setiap 3 hari.

e. Tata cara perawatan konservatif :

- 1) Dilakukan sampai janin viable
- 2) Selama perawatan konservatif, tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam
- 3) Dalam observasi selama 1 minggu, dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai air ketuban:
 - a) Bila air ketuban cukup, kehamilan diteruskan.
 - b) Bila air ketuban kurang (oligohidramnion), dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan.
- 4) Pada perawatan konservatif, pasien dipulangkan pada hari ke-7 dengan saran sebagai berikut :
 - a) Tidak boleh koitus.
 - b) Tidak boleh melakukan manipulasi vagina.
 - c) Segera kembali ke RS bila ada keluar air ketuban lagi
- 5) Bila masih keluar air, perawatan konservatif dipertimbangkan dengan melihat pemeriksaan laboratorium. Bila terdapat leukositosis atau peningkatan LED, lakukan terminasi.

3. Terminasi kehamilan

- a. Induksi persalinan dengan drip oksitosin.
- b. Seksio sesaria bila prasyarat drip oksitosin tidak terpenuhi atau bila drip oksitosin gagal

- c. Bila skor pelvik jelek, dilakukan pematangan dan induksi persalinan dengan Misoprostol 50 μ gr oral tiap 6 jam, maksimal 4 kali pemberian.

2.3 KONSEP *SECTIO CAESAREA*

2.3.1 Definisi

Sectio caesarea adalah suatu proses persalinan yang dibuat dimana janin yang dilahirkan melalui cara insisi pada dinding perut dan dinding rahim serta berat janin diatas 500 gram (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) dalam (Desmiari, 2017).

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina atau disebut juga histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim dalam (Mochtar, 2011 dalam (E. M. Putri, 2019)

Persalinan caesar merupakan proses melahirkan janin, plasenta dan selaput ketuban melalui dinding perut dengan cara membuat irisan pada dinding perut dan rahim, ini dapat dilakukan dengan tujuan agar keselamatan ibu dan bayi dapat ditangani dengan baik (Cunningham, et al 2012) dalam (Safitri, 2020)

Pengertian *Sectio caesarea* dari beberapa literatur dapat disimpulkan bahwa persalinan *sectio caesarea* merupakan proses persalinan melalui prosedur tindakan operasi dengan melakukan insisi melalui dinding perut untuk mengeluarkan bayi dari dalam rahim.

2.3.2 Tipe-tipe *sectio caesarea*

Berikut merupakan tipe-tipe *sectio caesarea* Menurut (Farrer, 2001) :

1. *Sectio caesarea* segmen bawah (SCSB)

Yaitu insisi melintang yang dilakukan pada segmen bawah uterus dan tidak begitu banyak mengandung pembuluh darah dibandingkan dengan segmen atas sehingga risiko perdarahan lebih minimal. Disamping itu, resiko ruptur uteri pada kehamilan dan persalinan berikutnya akan lebih kecil apabila jaringan parut hanya terbatas disegmen bawah uterus.

2. *Sectio caesarea* klasik

Pada *sectio caesarea* klasik terkadang dilakukan. Cara ini jika segmen bawah tidak terjangkau bisa diakibatkan karena adanya pelekatan atau rintangan plasenta, jika terdapat vena varikosa pada segmen bawah. Dan kadang-kadang dilakukan bagi janin yang letaknya melintang serta untuk melakukan histerektomi.

2.3.3 Indikasi

Sectio caesarea elektif dilakukan apabila sebelumnya diperkirakan bahwa persalinan pervaginam yang normal tidak cocok, ataupun tidak aman.

Indikasi persalinan *sectio caesarea* menurut (Farrer, 2001):

1. Plasenta previa
2. Letak janin yang tidak stabil sehingga sulit dikoreksi
3. Riwayat obstetrik yang buruk
4. Disposisi sefalopelvik
5. Infeksi virus hepes tipe II (genital)
6. Riwayat *sectio caesarea* klasik

7. Diabetes melitus (kadang-kadang)
8. Letak sungsang (kadang-kadang)
9. Penyakit atau kelainan pada janin.

Sedangkan *sectio caesarea emergency* dilakukan untuk :

1. Induksi persalinan yang gagal
2. Kegagalan dalam kemajuan persalinan
3. Penyakit fetal atau maternal
4. Diabetes melitus atau pre eklamsia berat
5. Persalinan yang macet
6. Prolapsus funiculi
7. Perdarahan hebat saat persalinan
8. Tipe tertentu mal presentasi janin dalam persalinan

2.3.4 Dampak *sectio caesarea*

Dampak *sectio caesarea* bagi janin yaitu gangguan pernapasan, rendahnya sistem kekebalan tubuh dan rentan alergi. Sedangkan pada ibu dapat menyebabkan resiko jangka panjang dan jangka pendek. Jangka pendek seperti infeksi pada bekas jahitan, infeksi rahim, dan perdarahan. Jangka panjang seperti pelekatan menurut (Dimas, 2010) dalam (Lubis, 2018)

2.4 KONSEP *FETAL DISTRESS*

2.4.1 Definisi

Fetal distress didefinisikan sebagai hipoksia janin progresif dan / atau asidemia sekunder akibat oksigenasi janin yang tidak memadai. Istilah ini digunakan untuk menunjukkan perubahan dalam pola jantung janin,

berkurangnya gerakan janin, hambatan pertumbuhan janin, dan adanya mekonium pada saat persalinan. Meskipun *fetal distress* mungkin berhubungan dengan ensefalopati neonatal, sebagian besar neonatus akan menjadi kuat dan sehat saat lahir meskipun dengan diagnosis *fetal distress* (Gravett, et al., 2016) dalam (Faiqoh, 2020)

Gawat janin atau fetal distress adalah kondisi yang menandakan bahwa janin kekurangan oksigen selama masa kehamilan atau saat persalinan. Kondisi ini dapat dirasakan ibu hamil dari gerakan janin yang berkurang. Janin yang mengalami fetal distress dapat dideteksi oleh dokter melalui pemeriksaan detak jantung janin yang lebih cepat atau lebih lambat, serta air ketuban yang keruh melalui USG kehamilan. Bayi yang mengalami gawat janin juga akan memiliki pH darah yang asam (RS An-Nisa, 2021)

Fetal distress merupakan kondisi ketika perkembangan janin dalam rahim tidak lancar. Kondisi yang juga disebut sebagai gawat janin ini sering menjadi tanda bahwa pasokan oksigen ke otak bayi tidak memadai. Bila masalah mendasar yang memicu kondisi ini tidak secepatnya diatasi, bisa terjadi cedera otak yang serius sehingga menyebabkan problem lain, seperti keterlambatan perkembangan atau cerebral palsy (Lazuardi, 2022)

Pengertian fetal distress dari beberapa literatur dapat disimpulkan bahwa suatu kondisi dimana janin mengalami keadaan hipoksia (kekurangan pasokan oksigen) didalam rahim yang dapat menyebabkan kematian janin apabila tidak ditangani dengan segera.

2.4.2 Etiologi

Etiologi *fetal distress* menurut (Manuaba, et.,al) dalam (Faiqoh, 2020)

adalah :

Tabel 2.3 penyebab asfiksia neonatorum yang merupakan kelanjutan dari *fetal distress*.

Faktor	Penyebab	Keterangan
Maternal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipotensi 2. Anemia maternal 3. Penekanan respirasi atau penyakit paru 4. Malnutrisi 5. Asidosis dan dehidrasi 6. Supine hipotensi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aliran darah menuju plasenta akan berkurang sehingga O₂ dan nutrisi makin tidak seimbang untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. 2. Kemampuan transportasi O₂ makin turun sehingga konsumsi O₂ janin tidak terpenuhi. 3. Metabolism janin sebagian menuju metabolisme anerob sehingga terjadi timbunan asam laktat dan piruvat, serta menimbulkan asidosis metabolic. 4. Semuanya memberikan kontribusi pada penurunan konsentrasi O₂ dan nutrisi dalam darah yang menuju plasenta sehingga konsumsi O₂ dan nutrisi janin makin menurun.
Uterus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivasi kontraksi 2. memanjang/ hiperaktivitas 3. Gangguan vascular 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebabkan aliran darah menuju plasenta makin menurun, sehingga O₂ dan nutrisi menuju janin makin berkurang. 2. Timbunan glukosanya yang menimbulkan energi pertumbuhan melalui O₂, dengan hasil akhir CO₂ atau habis karena dikeluarkan melalui paru atau plasenta janin, tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan. 3. Metabolisme beralih menuju metabolisme anaerob yang menimbulkan asidosis.
Plasenta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Degenerasi vaskularnya 2. Solusio plasenta 3. Pertumbuhan hypoplasia primer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi plasenta akan berkurang sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan O₂ dan nutrisi metabolisme janin 2. Menimbulkan metabolisme anaerob dan akhirnya terjadi asidosis dengan pH darah turun
Tali pusat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompresi tali pusat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aliran darah menuju janin berkurang. 2. Tidak mampu memenuhi O₂ dan nutrisi.

	2. Simpul mati, lilitan tali pusat	3. Metabolisme berubah menjadi metabolisme anaerob.
	3. Hilangnya jelly wharto	
Janin	1. Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan metabolisme makin tinggi, sehingga ada kemungkinan tidak dapat dipenuhi oleh aliran darah dari plasenta 2. Aliran nutrisi dan O₂ tidak cukup menyebabkan metabolisme janin menuju metabolisme anaerob, sehingga terjadi timbunan asam-laktat dan piruvat.
	2. Anemia janin	1. Kemampuan untuk transportasi O ₂ dan membuang CO ₂ tidak cukup sehingga metabolisme janin berubah, menjadi menuju anaerob yang menyebabkan asidosis.
	3. Perdarahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat terjadi pada bentuk: <ol style="list-style-type: none"> a. Plasenta previa b. Solusio plasenta c. Pecahnya sinus marginalis d. Pecahnya vasa previa 2. Menyebabkan aliran darah menuju janin akan mengalami gangguan sehingga nutrisi dan O₂ makin berkurang sehingga metabolisme janin akan beralih menuju metabolisme anaerob yang menimbulkan asidosis.
	4. Malformasi	<p>Dapat digolongkan dalam kasus ini adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelainan jantung kongenital. 2. Kehamilan ganda atau salah satunya mengalami gangguan nutrisi dan O₂. 3. Penyakit eritroblastosis fetalis. 4. Dapat menghambat metabolisme janin sehingga dapat beralih menuju metabolisme anaerob sehingga pada gilirannya membahayakan janin.
	5. Anemia janin	1. Kemampuan untuk transportasi O ₂ dan membuang CO ₂ tidak cukup sehingga metabolisme janin berubah, menjadi menuju anaerob yang menyebabkan asidosis

2.4.3 Patofisiologi

Patofisiologi *Fetal Distress* merupakan indikator kondisi yang mendasari terjadinya kekurangan oksigen sementara atau permanen pada janin, yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan asidosis metabolik. Karena oksigenasi janin tergantung pada oksigenasi ibu dan perfusi plasenta, gangguan oksigenasi ibu, suplai darah rahim, transfer plasenta atau transportasi gas janin yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan non-reassuring fetal status.

Kondisi yang umumnya terkait dengan nonreassuring fetal status termasuk penyakit kardiovaskular ibu, anemia, diabetes, hipertensi, infeksi, solusio plasenta, presentasi janin yang abnormal, pembatasan pertumbuhan intrauterin, dan kompresi tali pusat, antara lain kondisi obstetri, ibu atau janin. Janin mengalami tiga tahap penurunan kadar oksigen: hipoksia sementara tanpa asidosis metabolik, hipoksia jaringan dengan risiko asidosis metabolik, dan hipoksia dengan asidosis metabolik. Respons janin terhadap kekurangan oksigen diatur oleh sistem saraf otonom, yang dimediasi oleh mekanisme parasimpatis dan simpatis. Janin dilengkapi dengan mekanisme kompensasi untuk hipoksia sementara selama kehamilan, tetapi hipoksia janin yang terus-menerus dapat menyebabkan asidosis secara progresif dengan kematian sel, kerusakan jaringan, kegagalan organ, dan kemungkinan kematian. Menanggapi hipoksia, mekanisme kompensasi janin meliputi : penurunan denyut jantung, pengurangan konsumsi oksigen yang disebabkan oleh berhentinya fungsi-fungsi yang tidak penting seperti gerakan tubuh, redistribusi output jantung ke organ perfusi, seperti jantung, otak, dan kelenjar adrenal dan beralih ke metabolisme seluler anaerob (Williams, 2014).

Hipoksia janin yang berkepanjangan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas perinatal yang signifikan dengan perhatian khusus pada komplikasi jangka pendek dan jangka panjang termasuk ensefalopati, kejang, cerebral palsy, dan keterlambatan perkembangan saraf. Denyut jantung janin berubah secara nyata sebagai respons terhadap kekurangan oksigen yang berkepanjangan, membuat pemantauan detak jantung janin menjadi alat yang penting dan umum digunakan untuk menilai status oksigenasi janin secara cepat. Pola denyut jantung janin yang tidak meyakinkan diamati pada sekitar 15% dari persalinan (Williams, 2014).

Metabolism anaerob yang terjadi saat hipoksia menyebabkan siklus metabolisme glukosa janin menghasilkan timbunan asam laktat dan piruvat, menyebabkan keterbatasan menetralkan asidosis, menurunkan pH janin sehingga memberikan gangguan metabolisme lebih lanjut dan membahayakan fungsi organ serta dapat menimbulkan kematian. Pada saat pH janin dalam rentang 7,35-7,45 dikatakan normal, pendaparan darah janin masih dapat berfungsi dengan baik selama fungsi ginjal dan paru masih baik. Pada saat janin mengalami asidosis atau hipoksia moderat yakni dalam rentang pH 7,25-7,35, terjadi reflex rangsangan saraf simpatis sehingga terjadi takikardi sebagai kompensasi pengeluaran CO₂ melalui plasenta. Metabolism janin mulai terganggu secara ringan sehingga masih berpeluang untuk diatasi. Pada asidosis berat yaitu ketika pH janin dalam rentang 7,00-7,20 akan terjadi rangsangan nervus vagus sehingga timbul bradikardi diikuti dengan peningkatan peristaltik usus. Sehingga spingter ani terbuka dan menyebabkan air ketuban tercampur mekonium. Asidosis dan kekurangan glukosa akan cepat menimbulkan

gangguan metabolisme otot jantung sehingga akan mempercepat gagal jantung dan diikuti dengan kematian janin intrauteri. Pada tahap ini, janin harus segera dilakukan terminasi. Namun bila stress yang menimbulkan metabolisme anaerob berakhir, maka keadaan janin akan pulih dengan cepat. Jika janin sudah mencapai tahap asidosis sangat berat dan pH mencapai 6,80-7,00 maka akan terjadi keadaan syok metabolisme yang sangat berat dan irreversible. Sehingga dalam tahap ini akan segera diikuti oleh kematian janin intrauterin (Manuaba, et al., 2019).

2.4.4 Diagnosis fetal distress

Diagnosis gawat janin menurut (Pittara, 2022) dapat dipastikan melalui pemeriksaan kehamilan oleh dokter kandungan, sebelum atau setelah bayi dilahirkan. Berikut adalah pemeriksaan yang dilakukan serta tanda yang ditemukan saat janin mengalami *fetal distress*:

1. USG kehamilan, untuk melihat apakah pertumbuhan janin sesuai dengan usia kandungan.
2. USG Doppler, untuk mendeteksi gangguan di aliran darah dan jantung janin. Pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mendeteksi denyut jantung janin (DJJ). DJJ normal berkisar antara 120-160. Pada kondisi gawat janin, DJJ kurang dari 120 kali per menit atau 160 kali per menit.
3. Cardiotocography (CTG), untuk melihat respons detak jantung janin terhadap pergerakan janin dan kontraksi rahim secara berkelanjutan. Melalui pemeriksaan ini, dapat diketahui respons DJJ terhadap pergerakan janin dan kontraksi rahim ibu. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi kondisi gawat janin lebih dini dibandingkan dengan USG Doppler.

4. Pemeriksaan air ketuban, untuk mengetahui volume air ketuban (amniotic fluid) dan mendeteksi mekonium atau tinja janin pada air ketuban
5. Pemeriksaan sampel darah bayi, untuk memeriksa apakah pH darah bayi berubah menjadi lebih asam akibat janin tidak mendapat cukup oksigen

2.4.5 Penatalaksanaan

Janin yang diagnosis mengalami *fetal distress* harus mendapatkan penanganan secepatnya menurut (Pittara, 2022) :

1. Resusitasi dalam Rahim

Resusitasi dalam rahim dilakukan sebagai pengobatan utama dalam mengatasi gawat janin. Pada prosedur ini, dokter akan:

- a. Memastikan ibu mendapat pasokan oksigen yang cukup dengan memberikan oksigen
- b. Memastikan asupan cairan ibu memadai dengan memberikan cairan lewat infus
- c. Memosisikan ibu berbaring miring ke kiri untuk mengurangi tekanan rahim pada pembuluh vena besar yang dapat mengurangi aliran darah ke plasenta dan janin
- d. Menghentikan sementara penggunaan obat-obatan yang dapat meningkatkan kontraksi, seperti obat oksitosin
- e. Menghentikan kontraksi rahim sementara dengan terapi tokolisis
- f. Menambahkan cairan pada rongga cairan ketuban untuk mengurangi tekanan tali pusat, melalui prosedur amnioinfusion

2. Persalinan segera

Persalinan segera dapat menjadi pilihan jika resusitasi dalam rahim tidak dapat mengatasi kondisi gawat janin. Kelahiran perlu diupayakan dalam 30 menit setelah kondisi gawat janin diketahui. Kelahiran bisa diupayakan melalui vagina dengan bantuan vakum atau forceps pada kepala bayi. Jika cara tersebut tidak mungkin dilakukan, maka janin harus dilahirkan melalui operasi caesar.

3. Pemantauan kondisi janin

Kondisi bayi akan dimonitor secara saksama selama 1-2 jam setelah kelahiran, dan dilanjutkan hingga 12 jam pertama setelah kelahiran. Pemantauan yang dilakukan meliputi pemeriksaan kondisi umum, gerak dada, warna kulit, tulang dan otot, suhu tubuh, serta detak jantung bayi. Jika bayi terlihat mengalami aspirasi mekonium atau keracunan ketuban, dokter akan membersihkan jalan napas bayi agar pernapasannya tidak terganggu.

2.5 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.5.1 Pengkajian

1. Data umum

Mengkaji usia ibu sangat diperlukan karena usia menjadi salah satu faktor terjadinya KPP tahun memiliki risiko 3,6 kali lebih besar umur <20 tahun dan >35 mengalami ketuban pecah dini dibandingkan dengan pasien yang berumur 20-35 tahun. Pekerjaan yang berisiko yaitu pasien yang memiliki pekerjaan yang tergolong sedang dan berat memiliki risiko 4,6 kali lebih besar mengalami ketuban pecah dini

dibandingkan dengan pasien yang tidak berisiko dimana pasien memiliki pekerjaan yang tergolong ringan menurut (Hikmah & Putri, 2016).

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang dialami pasien KPP adalah dengan keluarnya air ketuban terus menerus melalui vagina (Puspitasari, 2021).

3. Riwayat penyakit sekarang

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna keluarnya cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir darah (Prawirahardjo, 2009)

4. Riwayat obstetrik sebelumnya

Perlu mengkaji riwayat obstetrik sebelumnya karena risiko ketuban pecah dini pada pasien dengan riwayat ketuban pecah dini yang berisiko yaitu pasien yang memiliki riwayat ketuban pecah dini sebelumnya memiliki risiko 1,6 kali lebih besar mengalami ketuban pecah dini dibandingkan dengan pasien yang tidak berisiko yaitu pasien yang tidak memiliki riwayat ketuban pecah dini sebelumnya. Tahir (2012) dalam (Hikmah, 2016).

5. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik KPD Menurut (Prawirahardjo, 2009) dalam (Anggara, 2013) adalah :

a. Inspeksi

Biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas. Adanya cairan yang berisi mekonium, vemiks kaseosa (lemak putih) rambut lanugo (bulu-bulu halus), bila telah terinfeksi akan berbau

b. Pada pemeriksaan dengan speculum

Akan tampak keluar cairan dari OUE. Seandainya belum keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fomis anterior. Lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis pada bagian yang sudah pecah, atau terdapat cairan ketuban pada fomis posterior

c. Pada pemeriksaan dalam

Didapatkan cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Pemeriksaan dalam bimanual perlu dipertimbangkan karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau ketuban pecah dini sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sesedikit mungkin

2.5.2 Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

1. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
2. Resiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya)
4. Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pada kehamilan (ketuban pecah sebelum waktunya)

2.5.3 Intervensi

1. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 - a. Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun
 - b. Kriteria hasil :
 - a) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
 - b) Perilaku gelisah menurun
 - c) Perilaku tegang menurun
 - d) Konsentrasi membaik
 - e) Pola tidur membaik
 - f) Frekuensi pernafasan membaik
 - g) Frekuensi nadi membaik
 - h) Tekanan darah membaik
 - c. Intervensi : Terapi relaksasi (SIKI, 436)
Observasi
 - 1) Identifikasi relaksasi yang pernah efektif digunakan

2) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah Latihan

3) Monitor respons terhadap relaksasi

Terapeutik

4) Berikan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman, jika perlu

5) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi

6) Gunakan pakaian yang longgar

7) Gunakan strategi relaksasi sebagai strategi penunjang dengan tindakan medis lain, jika perlu

Edukasi

8) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (nafas dalam)

9) Anjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi

10) Anjurkan sering melatih dan mengulangi teknik relaksasi yang dipilih

2. Resiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya

a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun

b. Kriteria hasil :

a) Toleransi terhadap aktivitas meningkat

b) Kejadian cedera menurun

- c) Ekspresi wajah kesakitan menurun
- d) Tekanan darah membaik
- e) Frekuensi nadi membaik

c. Intervensi : Pemantauan denyut jantung janin (SIKI, 239)

Observasi

- 1) Identifikasi status obstetric
- 2) Identifikasi riwayat obstetric
- 3) Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok
- 4) Periksa denyut jantung janin selama 1 menit
- 5) Monitor denyut jantung janin
- 6) Monitor tanda vital ibu

Terapeutik

- 7) Atur posisi klien
- 8) Lakukan manuver leopold menentukan posisi janin

Edukasi

- 9) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 10) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

3. Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya)

- a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun
- b. Kriteria hasil :
 - a) Demam menurun
 - b) Cairan berbau busuk menurun

c) Kadar sel darah putih membaik

c. Intervensi : Perawatan kehamilan risiko tinggi (SLKI, 323)

Observasi

- 1) Identifikasi faktor risiko kehamilan (DM, HT, HIV, herpes)
- 2) Identifikasi riwayat obstetric (prematuritas, preeklamsia, ketuban pecah dini)
- 3) Identifikasi sosial demografi (usia ibu, ras, penyalahgunaan obat)

Terapeutik :

- 4) Dampingi ibu saat merasa cemas
- 5) Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran,

Edukasi :

- 6) Jelaskan risiko janin mengalami kelahiran premature
- 7) Informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran
- 8) Ajarkan mengenali tanda-tanda bahaya (perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban)

Kolaborasi :

- 9) Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda-tanda bahaya kehamilan

4. Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pada kehamilan (ketuban pecah sebelum waktunya)

a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun

b. Kriteria hasil :

- a) Perdarahan vagina menurun

- b) Hemoglobin membaik
 - c) Tekanan darah membaik
 - d) Frekuensi nadi membaik
 - e) Suhu tubuh membaik
- c. Intervensi : pencegahan perdarahan (SIKI, 283)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah

Terapeutik

- 3) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- 4) Batasi tindakan invasive, jika perlu

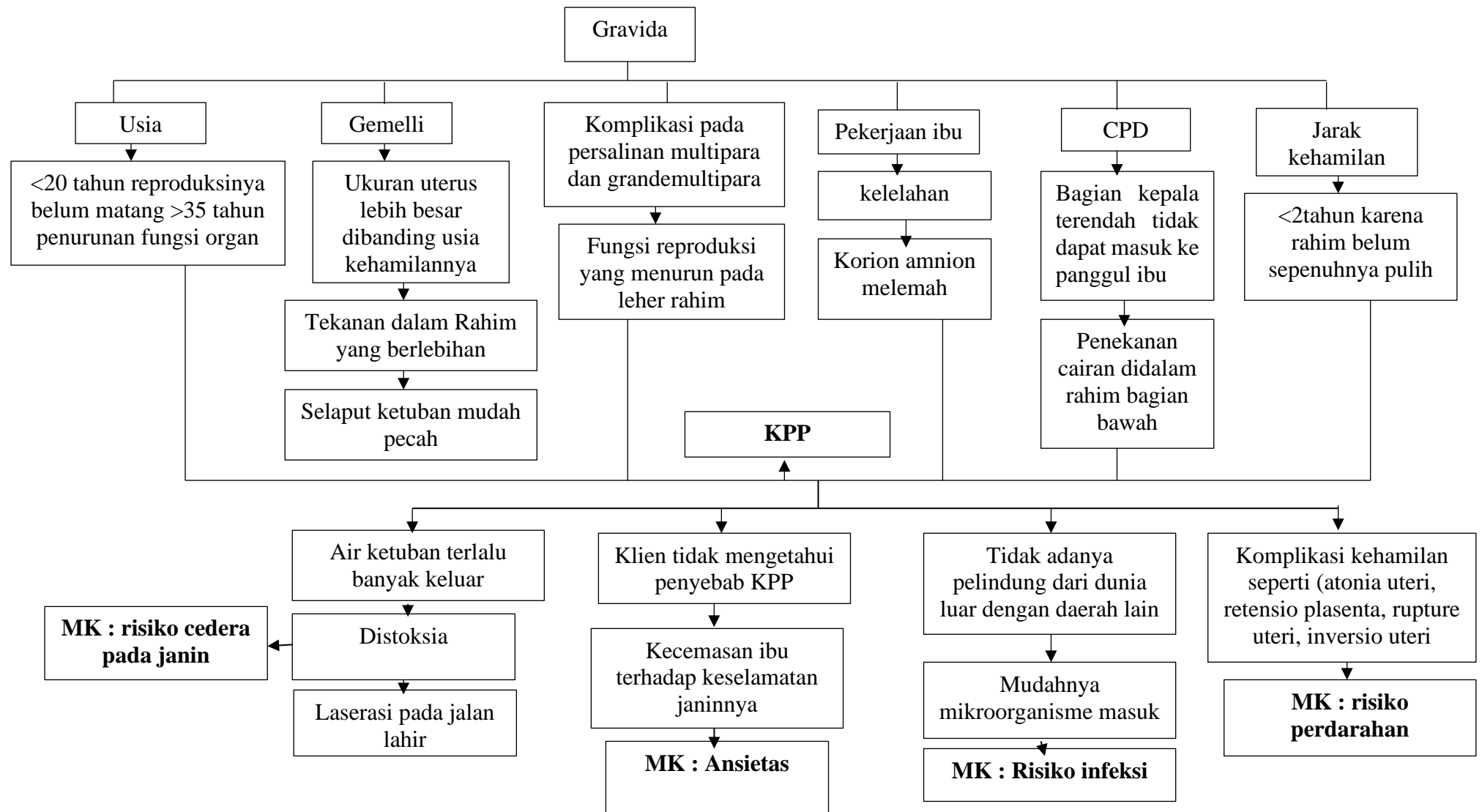
Edukasi

- 5) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- 6) Segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi

- 7) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu

2.6 KERANGKA MASALAH KEPERAWATAN/KONSEP MAPP



Gambar 2.3 Kerangka masalah keperawatan/konsep MAPP pada kasus KPP (Ketuban Pecah Prematur)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa medis Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada tanggal 29 Maret 2022. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Ny. R (33 tahun), beragama islam, suku/bangsa Indonesia, Pekerjaan ibu rumah tangga (IRT), status pasien menikah dan sudah memiliki satu anak berjenis kelamin laki-laki.

3.1.2 Status kesehatan saat ini

5. Alasan masuk

Pasien masuk RS pada tanggal 28 maret 2022 pukul 21.10 WIB melalui IGD dan saat ini dilakukan observasi lebih lanjut di ruang VK IGD. Penulis melakukan pengkajian kepada pasien pada tanggal 29 maret 2022 pada pukul 07.00 WIB.

6. Keluhan utama

Saat ini pasien mengeluh keluar cairan jernih dari kemaluan sejak kemarin pukul 17.00 WIB

7. Riwayat persalinan saat ini

Pasien mengeluh keluar cairan jernih dari kemaluan sejak kemarin pukul 17.00 WIB juga kenceng-kenceng, saat ini pasien hamil anak ke-2 (G2P1A0) UK 36

minggu + KPP + BSC 4,5 tahun dengan HPL 27-04-2022. Pada saat di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya telah dilakukan observasi dan dapatkan DJJ : 166x/dopp, tekanan darah : 120/80, suhu : 36,5, VT 1 jari longgar efficement 25%, presentasi kepala, HIS + dalam 10 menit 1x15 detik pada pukul 23.00 pasien di antar oleh perawat memakai brankat terpasang infus NS 1500cc/24 jam 21 tpm lapor DPJP dan dilakukan NST hasil DJJ takikardi 165x/dopp, observasi TTV hasil : S : 36,8°C, TD : 131/80mmHg, N : 92x/mnt, SPO2 : 99% dan diberikan injeksi cinam 1,5 gr dalam Ns 100CC/iv 3x1. Advis DPJP rehidrasi RL 1500CC/24 Jam 21 Tpm iv, pasang O2 nasal 4 lpm, posisi miring kiri, dan NST ulang. Pada pukul 24.00 observasi HIS + dalam 10 menit 1x10 detik, DJJ 156x/dopp. Pukul 02.00 observasi HIS + 10 menit 1x10 detik, DJJ 161x/dopp. Pukul 04.00 observasi HIS + 10 menit 1x10 detik, DJJ 158x/dopp, observasi TTV hasil TD : 115/80 mmHg, N: 78x/mnt, RR : 19x/mnt, S : 36,7°C, SPO2 : 99%. Pada pukul 06.00 pasien diberikan injeksi cinam 1,5gr dalam NS 100CC/iv. Pada saat pengkajian tanggal 29 maret 2022 pukul 07.00 didapatkan pasien masih mengeluhkan keluarnya cairan jernih dari kemaluan.

3.1.3 Riwayat keperawatan

1. Riwayat obstetric

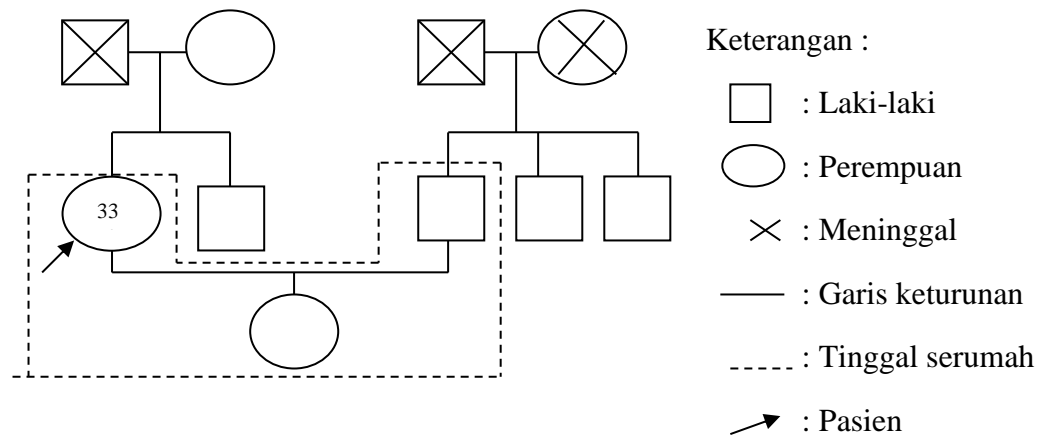
a. Riwayat menstruasi

Pasien menarche mulai umur 13 tahun dengan siklus yang teratur, banyaknya \pm 2-3 pembalut perharinya, lama menstruasi antara 4 – 5 hari dan tidak terdapat keluhan saat menstruasi. HPHT pasien adalah tanggal 20-07-2021 dan TP adalah 27-04-2022

b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Pasien saat ini hamil anak ke-2 (G2P1A0) anak pertamanya berusia 4,5 tahun berjenis kelamin laki-laki lahir dengan BB : 2200gr PJ : 49cm persalinan pada kehamilan anak pertama pasien mengalami PEB dan persalinannya melalui tindakan *Sectio Caesarea* dengan ditolong oleh dokter.

3.1.4 Genogram



Gambar 3.1 Genogram pada Ny. R

Interprestasi :

Saat ini pasien memiliki satu orang tua perempuan saja karena orang tua laki-laki pasien sudah meninggal, pasien memiliki 2 saudara dan pasien saat ini sudah menikah dan memiliki 1 anak yang sudah dilahirkannya dan pasien saat ini tinggal bersama suami dan anaknya.

3.1.5 Riwayat ANC (Antenatal Care)

1. Trimester 1

Pasien melakukan ANC 1x dalam sebulan didokter terdekat, keluhan, mual muntah, ngeflek, dan pasien mendapatkan terapi kalk 1x1, caviplek vosea 1x1, KIE nutrisi dan istirahat

2. Trimester 2

Pasien melakukan ANC sebanyak 1x dalam sebulan didokter terdekat, tidak ada keluhan, px mendapatkan terapi kalk 1x1, KIE nutrisi dan istirahat

3. Trimester 3

Pasien melakukan ANC sebanyak 2x dalam sebulan didokter terdekat, tidak terdapat keluhan, mendapatkan terapi promavit 1x1 dan KIE tanda-tanda persalinan.

3.1.6 Riwayat keluarga berencana

Sebelumnya pasien mengikuti tindakan KB berjenis IUD selama 3 tahun serta tidak ada kendala maupun masalah yang terjadi pada saat pasien mengikuti KB tersebut.

3.1.7 Riwayat kesehatan

Pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung, hipertensi.

3.1.8 Riwayat lingkungan

Pasien tinggal dilingkungan rumah yang bersih, jauh dari pembuangan sampah, jauh dari pabrik dan dekat dengan fasilitas kesehatan serta tidak ada bahaya yang mengancam di lingkungan sekitar rumahnya.

3.1.9 Aspek psikososial

Secara aspek psikososial pasien mengatakan bahwa dirinya bisa melewati keadaan yang dialaminya saat ini karena pasien sebelumnya juga pernah mengalami permasalahan kehamilan dan pasien bisa melewatinya. Harapan pasien saat ini adalah ingin proses persalinannya berjalan dengan baik dan anak yang dikandungnya bisa dilahirkan dengan keadaan sehat. Pasien saat

ini orang terpenting dalam hidupnya adalah anak dan suaminya dan mereka selalu memberikan semangat dan dukungan dengan kondisi pasien saat ini.

3.1.10 Kebutuhan dasar khusus

1. Pola nutrisi

a. Pada saat SMRS pasien makan 3x1, nafsu makan baik, jenis makanan nasi dan lauk pauk, tidak ada pantangan/alergi makanan

b. Pada saat MRS

di rumah sakit pasien hanya makan 1x pada pukul 01.00 jenis makanan yang dikonsumsi adalah roti nafsu makan pasien baik dan pasien menyukai semua jenis makanan serta tidak ada alergi makanan maupun pantangan.

2. Pola eliminasi

a. BAK

1) Pada saat SMRS

Frekuensi BAK $\pm 6 - 8$ x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK

2) Pada saat MRS

Frekuensi BAK ± 3 x dari pukul 22.00 – 07.00WIB, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK

b. BAB

1) Pada saat SMRS

Frekuensi BAB 1x,/hari warna kuning kecoklatan, bau khas, konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat BAB.

2) Pada saat MRS

Px mengatakan belum BAB.

3. Pola personal hygiene

a. Pada saat SMRS

1) Mandi

Frekuensi 2x/hari, menggunakan sabun

2) Oral hygiene

Frekuensi 3x/hari,

3) Cuci rambut

Frekuensi 3x dalam 1 minggu, menggunakan shampo

b. Pada saat MRS

Selama di RS pasien mandi dengan dibantu menyeka oleh bidan pada pukul 05.00 WIB

4. Pola istirahat dan tidur

a. Pada saat SMRS

Lama tidur pasien 7 jam/hari, mulai pukul 22.00 – 05.00 WIB, tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur, tidak ada keluhan saat tidur.

b. Pada saat MRS

Pasien tidur mulai pukul 01.00 WIB sampai dengan pukul 05.00 WIB lamanya 5 jam dengan sering terbangun dan tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur maupun keluhan saat tidur

5. Pola aktivitas dan Latihan

Kegiatan pasien dalam pekerjaan adalah pasien merupakan IRT sehingga pekerjaannya hanya dirumah saja dan mengurus anak serta suaminya. Pasien hampir setiap hari berolahraga seperti jalan-jalan pagi disekitar

rumahnya dan pasien tidak ada keluhan saat beraktivitas, apabila pasien memiliki waktu luang lebih menghabiskan waktu bersuka keluarganya menonton televisi dan terkadang berkunjung kerumah saudaranya

6. Pola kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan

Pasien tidak merokok, minum minuman keras maupun ketergantungan obat.

3.1.11 Pemeriksaan fisik

Keadaan umum pasien baik, tekanan darah 116/80mmHg, RR 20x/menit, BB sebelum hamil : 72kg, BB saat ini 86kg, kesadaran compos mentis, frekuensi nadi 96x/menit, suhu : 36,5°C, tinggi badan 155cm.

a. Kepala, mata, telinga, hidung, tenggorokan

Kelopak mata tidak ada peradangan, gerakan mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera anikterik, pupil isokor, akomodasi normal. Hidung tidak ada reaksi terhadap alergi, sinus normal tidak ada peradangan. Terdapat gigi geligi, tidak ada karies, pasien tidak ada nyeri telan maupun mengalami kesulitan menelan.

b. Pemeriksaan dada axila

Didapatkan mammae membesar, aerola mammae mengalami hiperpigmentasi, papilla mammae menonjol.

1) Pemeriksaan pernafasan

didapatkan jalan nafas paten tidak ada sumbatan, suara nafas vesikuler, tidak terdapat otot bantu pernafasan, terpasang O2 kanul 4 lpm.

2) Pemeriksaan sirkulasi jantung

Didapatkan kecepatan denyut apical 80x/menit, irama jantung regular S1 dan S2 tunggal, tidak ada kelainan jantung maupun keluhan lainnya.

3) Pemeriksaan abdomen

Didapatkan tinggi fundus uteri (TFU) adalah 32 cm terdapat kontraksi HIS + dalam 10 menit 1x15detik.

Leopold I : teraba lunak, bulat melenting (bokong)

Leopold II : teraba keras, Panjang sebelah kanan keras seperti papan, punggung kiri DJJ : 158x/dopp

Leopold III : teraba keras, bulat dan melenting (kepala janin), bagian terendah belum masuk PAP

Leopold IV : belum masuk PAP (konvergen).

Terdapat linea albica, terdapat striae gravidarum, fungsi pencernaan baik dan tidak ada masalah khusus.

c. Genitourinary

Perineum bersih, tidak ada perdarahan, vesika urinaria tidak teraba penuh, tidak terdapat hemorrhid, tidak terdapat varises pada vagina, adanya cairan keluar berwarna jernih, tidak ada keputihan.

d. Ekstremitas (integument/musuloskeletal)

Didapatkan turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, tidak ada kontraktur pada persendian da ekstremitas dan tidak ada kesulitan dalam pergerakan, terpasang infus RL pada tangan sebelah kiri.

3.1.12 Kesiapan dalam kehamilan dan persalinan

Sebelumnya pasien tidak pernah mengikuti senam hamil, rencana pasien melahirkan adalah di RS, perlengkapan dan kebutuhan bayi sudah dipersiapkan, pasien sudah siap menjalankan peran dan tugas sebagai ibu untuk anak-anaknya serta pasien sudah mengetahui tentang proses persalinan dan tanda-tandanya karena pasien sebelumnya sudah pernah melewati proses persalinan anak ke-1.

3.1.13 Riwayat persalinan sekarang

Pada saat pengkajian didapatkan bahwa klien saat ini mengalami kala 1 persalinan mulai kontraksi mulai kemarin pada tanggal 27/03/2022 interval dan lama HIS + dalam 10 menit 1x15 detik. Tanda dan gejala berupa perut terasa kenceng-kenceng. TTV : TD : 116/80mmHg, RR 20x/menit, , frekuensi nadi 96x/menit, suhu : 36,5°C. keadaan psikososial ibu tetap berfikir positif dan yakin dirinya bisa melewatinya.

Tabel 3.1 riwayat persalinan sekarang pada Ny. R

Tanggal	Kontraksi uterus	TTV	DJJ	VT
28/03/2022 Pukul 21.15 WIB	HIS + dalam 10 menit 1x15 detik	TD : 116/80mmHg, RR 20x/menit, frekuensi nadi 96x/menit, suhu : 36,5°C.	166x/dopp	VT 1 jari longgar
23.00 WIB	HIS + dalam 10 menit 1x15 detik		165x/dopp	
24.00 WIB	HIS + dalam 10 menit 1x 15 detik		156x/dopp	
02.00 WIB	HIS + dalam 10 menit 1x 15 detik		161x/dopp	

04.00 WIB	HIS + dalam 10 menit 1x 15 detik	TD : 115/80mmHg, N: 78x/mnt, RR : 19x/mnt, S : 36,7°C, SPO2 : 99%.	158x/dopp	
-----------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------	--

3.2 Data penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada tanggal 28-04-2022 didapatkan hasil leukosit 14.960/uL, hemoglobin 9.00 g/dL, hematokrit 27.20%, trombosit normal 216.000/uL. pemeriksaan laboratorium fungsi ginjal menunjukkan kreatinin 0,54 mg/dL dan BUN 6 mg/dL. Pada pemeriksaan NST didapatkan hasil djg takikardi

Terapi yang didapat adalah injeksi cinam 1,5gr dalam NS 100cc/IV 3x1, infus RL 1500cc/24 jam 21 tpm, kolaborasi DPJP advis cito SC siapkan pemberian PRC 1 bag untuk cito SC.

	- HIS + dalam 10menit 1x 15 detik		
--	--------------------------------------	--	--

3.4 Prioritas masalah

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya).
2. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah dini
3. Nyeri melahirkan b.d dilatasi serviks.

3.5 Intervensi keperawatan

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

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil :

- a. Tidak terjadi demam
- b. Cairan ketuban tidak berbau busuk
- c. Kadar sel darah putih membaik (4.0 – 10.0)

Intervensi : Perawatan kehamilan risiko tinggi (SLKI, 323)

Observasi

- 1) Identifikasi faktor risiko kehamilan (DM, HT, HIV, herpes)

Rasional : penyakit penyerta seperti (DM, HT, HIV, herpes) dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil.

- 2) Identifikasi riwayat obstetric (prematunitas, preeklamsia, ketuban pecah dini)

Rasional : riwayat obstetric sebelumnya dapat menentukan faktor risiko kondisi patologis kehamilan.

- 3) Identifikasi sosial demografi (usia ibu, ras, penyalahgunaan obat)

Rasional : sosial demografi dapat berpengaruh terhadap kesehatan ibu hamil.

Terapeutik :

- 4) Dampingi ibu saat merasa cemas

Rasional : kehadiran pendamping dapat membantu mengurangi rasa takut dan perasaan cemas dengan adanya dukungan dari pendamping ibu hamil.

- 5) Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran.

Rasional : mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran dapat membantu ibu hamil dalam membuat perencanaan persalinan dan kehamilan agar lebih matang.

Edukasi :

- 6) Jelaskan risiko janin mengalami kelahiran premature

Rasional : kelahiran premature dapat terjadi dan pentingnya penjelasan risiko-risikonya agar ibu hamil paham dan mengerti tentang kelahiran prematur

- 7) Informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran

Rasional : dengan adanya informasi yang memadai tentang intervensi selama proses kelahiran dapat mengurangi kecemasan pasien

- 8) Ajarkan mengenali tanda-tanda bahaya (perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban)

Rasional : perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban merupakan tanda-tanda bahaya kehamilan dan harus segera mendapatkan pertolongan

Kolaborasi :

- 9) Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda-tanda bahaya kehamilan

Rasional : tanda-tanda bahaya kehamilan perlu penanganan dari seseorang yang lebih ahli dalam bidangnya.

2. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah dini

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat cedera menurun. Dengan kriteria hasil : Kejadian cedera menurun

Intervensi : (Pemantauan denyut jantung janin, SIKI, 239)

Observasi :

- 1) Identifikasi status obstetrik

Rasional : Status obstetrik dapat menjadi gambaran tentang kondisi kesehatan ibu dan janin

- 2) Identifikasi riwayat obstetric

Rasional : riwayat obstetric sebelumnya dapat menentukan faktor risiko kondisi patologis kehamilan.

3) Monitor denyut jantung janin

Rasional : denyut jantung janin mampu memberikan gambaran adanya kelainan detak jantung janin sedini mungkin dan kesejahteraan janin didalam kandungan

4) Monitor tanda vital ibu

Rasional : tanda-tanda vital ibu dapat membrikan informasi penting tentang kondisi kesehatan ibu hamil.

Terapeutik :

5) Atur posisi pasien

Rasional : posisi dapat memberikan kenyamanan bagi pasien

6) Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin

Rasional : letak posisi janin dapat diketahui melalui manuver leopold

Edukasi :

7) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Rasional : menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan merupakan salah satu cara untuk melakukan BHSP

8) informasikan hasil pemantauan

Rasional : adanya informasi dapat memberikan pengetahuan terhadap klien

3. Nyeri melahirkan b.d dilatasi serviks.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien dapat mengontrol nyerinya.

Kriteria hasil :

a. Kesejahteraan fisik meningkat

- b. Perawatan sesuai keyakinan budaya meningkat
- c. Rileks meningkat
- d. Keluhan tidak nyaman menurun

Intervensi : terapi relaksasi (SIKI, 436)

Observasi :

- 1) Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan
Rasional : teknik relaksasi yang efektif digunakan adalah dengan cara melihat situasi dan kondisi pasien
- 2) Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya
Rasional : kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya adalah cara yang dapat dilatih kembali karena pasien sudah mengetahui teknik sebelumnya.

Terapeutik :

- 3) Ciptakan lingkungan tenang
Rasional : rasa tenang, aman, nyaman dapat diciptakan melalui lingkungan yang tenang.

Edukasi :

- 4) Jelaskan tujuan , manfaat, Batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (nafas dalam)
Rasional : nafas dalam merupakan teknik relaksasi yang mudah digunakan
- 5) Anjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi
Rasional : dengan perasaan rileks dan merasakan sensasi relaksasi dapat membantu mengefektifkan dampak dari teknik relaksasi

6) Anjurkan sering mengulangi atau latihan teknik yang dipilih

Rasional : melatih dan mengulangi teknik relaksasi dapat memberikan rasa rileks pasien

3.6 Implementasi

Tabel 3.3 Implementasi keperawatan pada Ny. R dengan diagnose medik G2P1A0 UK 36 Minggu + KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal distress*

NO DX	Tgl/jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl/jam	Catatan perkembangan	TT Perawat
1	29/03/2022 07.30	Mendiskusikan persiapan persalinan	<i>Sab</i>	29/03/2022 10.00	DX.1 (Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya). S : Px mengatakan sudah tidak keluar cairan jernih dari vagina O : - Hasil lab leukosit 14.96 TTV : S : 36,7°C - Px telah dilakukan operasi cito SC di OK IGD - Bayi lahir dengan cito SC berjenis kelamin laki-laki, menangis kencang dengan BB : 2600gr, PB : 47cm, anus +, kelainan kongengital - A : Masalah teratasi P : intervensi dihentikan dan pasien dipindahkan diruang RR	<i>Sab</i>
1	07.35	Menjelaskan risiko janin mengalami premature	<i>Sab</i>			
1	07.38	Memberikan edukasi terkait tanda-tanda bahaya (perubahan cairan ketuban, perdarahan vagina warna merah terang)	<i>Sab</i>			
3	07.40	Mengajarkan ibu terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan menganjurkan pasien rileks. Hasil : ibu paham dan mampu melatih teknik yang diajarkan	<i>Sab</i>			
1,2,3	08.00	Memonitor tanda-tanda vital ibu. Hasil TD : 120/70mmHg, RR : 20x/menit, N: 85x/mnt, S : 36,7°C, K/U : baik	<i>Sab</i>			
2	08.15	Memonitor denyut jantung janin dan menginformasikan hasil pemantauan. Hasil : DJJ : 157x/dopp	<i>Sab</i>			

	08.30	Mengganti cairan infus RL 1500cc/24jam 21 tpm	<i>Sab</i>			
	08.40	Mempersiapkan pasien untuk cito SC : menyiapkan informed consent pasien, menganjurkan pasien puasa, mencukur daerah operasi/cukur bulu pubis	<i>Sab</i>	29/03/2022 10.00	DX. 2 Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah dini S : Px mengatakan sudah tidak keluar cairan dari vagina O : - UK 36 minggu - DJJ : 157x/dopp - Px telah dilakukan cito SC di OK IGD - Bayi lahir dengan cito SC berjenis kelamin laki-laki, menangis kencang dengan BB : 2600gr, PB : 47cm, anus +, kelainan kongenital - A : Masalah teratasi P : intervensi dihentikan dan pasien dipindahkan diruang RR	<i>Sab</i>
	08.45	Melakukan konsul kepada anastesi. Konsul dr. anak, memberitahu ruang NICU, dan memberitahu ruang nifas. Hasil : semua ACC	<i>Sab</i>			
	08.50	Menyiapkan matkes dan alkes yang dibutuhkan di OK : doppler, incubator.	<i>Sab</i>			
	08.55	Mempersiapkan produk darah PRC 1 bag	<i>Sab</i>			
	09.00	Memberikan oksigen kanul 4 lpm sambung tabung O2 transport	<i>Sab</i>			
	09.05	Mengantarkan pasien ke ruang OK IGD menggunakan bed	<i>Sab</i>			
	09.15	Dokter anastesi memulai anastesi SAB	<i>Sab</i>			
	09.25	Operasi dimulai	<i>Sab</i>			
	09.38	Bayi lahir dengan cito SC berjenis kelamin laki-laki dan dilakukan HAIKAP, rangsang	<i>Sab</i>			

		taktil menangis kencang dengan BB : 2600gr, PB : 47cm, anus +, kelainan kongengital -, sisa ketuban jernih. pendampingan dokter ke NICU central, inj. Hb 0 +, inj. Vit K +, zalf mata +				
	09.45	Plasenta lahir lengkap dengan tarikan ringan dan dokter memasang KB IUD andalan pasca plasenta	<i>Sab</i>			
	09.55	Memindahkan ke ruang perawatan RR	<i>Sab</i>	29/03/2022 10.00	<p>DX. 3 Nyeri melahirkan b.d dilatasi serviks.</p> <p>S : Px mengatakan rileks setelah bayinya lahir</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Px tampak lebih rileks dan mampu mengontrol nyeri - TTV : TD : 120/70mmHg N : 85x/mnt Perdarahan cc <p>A : Masalah teratasi P : intervensi dihentikan dan pasien dipindahkan diruang RR</p>	<i>Sab</i>

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. R dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan pada Ny. R berjenis kelamin perempuan, usia 33 tahun pekerjaan IRT. Pada faktor-faktor daira KPP salah satunya adalah faktor pekerjaan ibu karena pekerjaan yang melibatkan pola fisik yang berat akan mempengaruhi kebutuhan energi ibu dengan tingkat lamanya bekerja melebihi 3 – 5 jam sehingga dapat menyebabkan kelelahan. Dari ibu mengalami kelelahan dalam bekerja dapat mengalami korion amion melemah sehingga dapat menimbulkan KPP menurut penelitian (Nikmatul Ali dkk. 2021) dalam scoping review (Susilowati dkk., 2020). Data pengajian yang ada dihubungkan dengan faktor-faktor resiko. Pada Ny. R mempunyai resiko yang aktual terjadinya KPP. Dalam kondisi ini ibu hamil diperlukan aktivitas fisik yang tidak terlalu berlebihan dan istirahat yang cukup agar tidak terjadi KPP ataupun komplikasi kehamilan yang lain.

4.1.2 Status kesehatan saat ini

1. Keluhan utama

Keluhan pasien yang didapatkan adalah keluarnya cairan jernih dari kemaluan. disebutkan bahwa gambaran klinis yang terlihat adalah keluarnya cairan dari jalan lahir karena pecahnya selaput ketuban pada kehamilan premature. Pecahnya selaput ketuban melibatkan suatu urutan

peristiwa yang diahului dengan distensi dan hilangnya elastisitas, pemisahan korion dan amnion, gangguan korion, distensi dan herniasi amnion, dan akhirnya pecahnya/ruptur amnion (Negara, 2020). Membrane ketuban merupakan struktur membran yang lunak yang berfungsi melindungi fetus selama kehamilan oleh karena itu kehamilan normal memerlukan kekuatan integritas dari ketuban hingga kehamilan aterm.

2. Riwayat persalinan saat ini

Saat ini didapatkan pasien mengeluh keluarnya cairan jernih dari vagina disertai kencing-kencing HIS 1x15 detik saat ini pasien mengandung anak ke-2 G2P1A0 UK 36minggu + KPP + BSC dengan HPL 27-04-2022.

4.1.3 Status keperawatan

1. Riwayat obstetric

Pasien saat ini hamil anak ke-2 (G2P1A0) anak pertamanya berusia 4,5 tahun pada kehamilan anak pertama pasien mengalami PEB dan persalinannya melalui tindakan *Sectio Caesarea*. Ibu yang sebelumnya pernah mengalami preeklampsia pada kehamilan atau yang pernah mengalami hipertensi sekitar 4 tahun berisiko terhadap kejadian preeklampsia. Umumnya kehamilan dengan preeklampsia terjadi pada primigravida karena secara imunologik pembentukan blocking antibodies terhadap antigen plasenta pada kehamilan pertama tidak sempurna sehingga timbul respon imun yang tidak menguntungkan terhadap histoinkompatibilitas placenta. Preeklampsia terdapat pada 3-8% ibu hamil, terutama primigravida pada kehamilan trimester kedua (Sibai, 2011) dalam (Fatmawati dkk., 2017). Resiko persalinan pada ibu dengan preeklampsia berat sangatlah tinggi sehingga untuk menurunkan kejadian tersebut yaitu mengakhiri kehamilan dengan persalinan tindakan (Saifudin

AB, 2002) dalam (Prasetyowati & Supriatiningsih, 2012). Penyuluhan tentang kehamilan dan persalinan komplikasi terutama kepada ibu hamil yang berisiko seperti primigravida, memiliki riwayat hipertensi, dan mempunyai keturunan preeklampsia/eklampsia. Dan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama kehamilan oleh tenaga kesehatan untuk deteksi dini komplikasi kehamilan.

4.1.4 Riwayat ANC (Ante Natal Care)

Pada Riwayat ANC Ny. R selalu melakukan ANC secara rutin selama kehamilannya yaitu pada trimester pertama pasien melakukan ANC 1x dalam sebulan, keluhan, mual muntah dan pasien mendapatkan terapi kalk 1x1, caviplex vosea 1x1, serta mendapatkan KIE nutrisi dan istirahat, pada trimester 2 pasien melakukan ANC sebanyak 1x dalam sebulan, tidak ada keluhan, px mendapatkan terapi kalk 1x1, KIE nutrisi dan istirahat dan pada trimester 3 pasien melakukan ANC sebanyak 2x dalam sebulan, tidak ada keluhan, mendapatkan terapi promavit 1x1 dan KIE tanda-tanda persalinan.

Keluhan mual muntah ibu hamil pada trimester pertama merupakan hal yang fisiologis hal ini terjadi karena adanya perubahan hormonal yaitu terjadinya peningkatan hormon esterogen progesteron sehingga menghasilkan HCG (Human Chorionoc Gonadotropin) pada plasenta. (Rahmaini). Edukasi nutrisi diperlukan untuk memenuhi gizi seimbang pada ibu hamil dan tentunya kebutuhan nutrisi ibu hamil tiap trimester berbeda-beda pada trimester pertama asupan makanan bergizi harus tetap terpenuhi meskipun ibu mengalami mual dan muntah dengan perawat memberikan KIE makan sedikit tapi sering, asupan kalsium karena pembentukan tulang dan kerangka janin sedang berlangsung, asam folat untuk pembentukan jaringan tubuh janin, penyerapan zat besi dan mencegah pre eklamsia, serta asupan

vitamin juga dibutuhkan. Pada trimester 2 kebutuhan gizi semakin meningkat dengan menambah asupan kalori untuk perkembangan janin (Candra, 2013). Pada trimester 3 pengetahuan yang dimiliki ibu tentang proses persalinan mempengaruhi perilakunya dalam mempersiapkan dan menghadapi proses persalinan yang akan datang sehingga respon dan sikap yang baik dalam menghadapi persalinan akan membentuk respon positif tentang persalinan (Putranti, 2014) dalam (Naha, 2013).

Pemeriksaan ANC penting dilakukan guna untuk meningkatkan serta mempertahankan kesehatan ibu dan bayi sehingga ibu bisa menjalankan persalinan dengan selamat dan meminimalkan trauma yang mungkin terjadi selama proses kehamilan dan persalinan.

4.1.5 Riwayat keluarga berencana (KB)

Pada Riwayat KB sebelumnya tidak ada masalah dan jenis KB yang digunakan adalah IUD selama 3 tahun. IUD sangat efektif dan reversible untuk penggunaan jangka panjang (dapat sampai 10 tahun) dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi (Saifudin, 2010) dalam (Oktya, 2021). Kontrasepsi non hormonal seperti IUD dinilai lebih efisien. Efisiensi yang dimaksud berkaitan dengan ketersediaan anggaran penyediaan kontrasepsi dengan efektivitas, biaya, tingkat kegagalan, efek samping dan komplikasi. Sementara dari sisi medis, alat kontrasepsi non hormonal dinilai lebih aman bagi kesehatan tubuh. (Kusuma, 2016). Penggunaan alat kontrasepsi IUD memerlukan kontrol secara berkala untuk meminimalisir terjadinya efek samping.

4.1.6 Pemeriksaan fisik

Keadaan umum pasien baik, tekanan darah 116/80mmHg, RR 20x/menit, BB sebelum hamil : 72kg, BB saat ini 86kg, kesadaran compos mentis, frekuensi nadi 96x/menit, suhu : 36,5°C, tinggi badan 155cm didapatkan hasil ibu memiliki berat badan berlebih sebelum hamil. Pada ibu yang memiliki berat badan berlebih sebelum kehamilan, maka penambahan yang dianjurkan harus lebih kecil dengan berat badan ideal yaitu antara 12,5 – 17,5kg hal ini dikarenakan akan mempunyai risiko terjadinya diabetes gestasional (kenaikan kadar gula darah karena adanya proses kehamilan) atau dapat terjadi pre eklamsia (keracunan kehamilan dimana terdapat kenaikan nilai tekanan darah) (Mintarsih, 2008). Hal ini perlu adanya pemantauan berat badan selama kehamilan dan pemantauan status nutrisi pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya diabetes gestasional maupun pre eklamsia selama kehamilan maka dari itu perlu melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.

1. Pemeriksaan sistem pernafasan

Didapatkan jalan nafas paten tidak ada sumbatan, suara nafas vesikuler, tidak terdapat otot bantu pernafasan, terpasang O2 kanul 4 lpm. kurangnya pasokan oksigen pada janin bersiko menyebabkan *fetal distress*. *Fetal distress* merupakan kondisi dimana janin mengalami kekurangan menerima O2, sehingga janin mengalami sesak. (Kemenkes 2018) dalam (Daryanti, 2020). Dengan pemberian oksigen kepada ibu diharapkan mampu memberikan pasokan oksigen yang adekuat terhadap janin.

2. Pemeriksaan abdomen

Didapatkan tinggi fundus uteri (TFU) adalah 32 cm terdapat kontraksi HIS 1x15detik, leopold I teraba lunak, bulat melenting (bokong), leopold II teraba

keras, Panjang sebelah kanan keras seperti papan, punggung kiri DJJ : 158x/dopp, Leopold III teraba keras, bulat dan melenting (kepala janin), bagian terendah belum masuk PAP. Leopold IV belum masuk PAP (*konvergen*). Terdapat linea albica, terdapat striae gravidarum, fungsi pencernaan baik dan tidak ada masalah khusus. Kelainan letak janin (*malpresentation*) dapat menjadi salah satu faktor terjadinya KPP salah satu contoh adalah letak sungsang. Letak sungsang, bokong menempati serviks uteri, dengan keadaan ini pergerakan janin terjadi dibagian terendah karena keberadaan kaki janin yang menempati daerah serviks uteri sedangkan kepala janin akan mendesak fundus uteri yang dapat menekan diafragma dan keadaan ini menyebabkan timbulnya rasa sesak pada ibu hamil yang dapat meningkatkan ketegangan intra uterin sehingga menyebabkan terjadinya KPP (Adista et al., 2021) dalam (Prihartini dkk., 2022). Pemeriksaan Leopold pada hasil pengkajian tidak terdapat kelainan letak hal ini dapat diketahui dari pemeriksaan Leopold. Pada pemeriksaan kehamilan pemeriksaan Leopold sangat penting untuk menentukan letak posisi janin sehingga mengetahui berbagai permasalahan yang disebabkan oleh kelainan letak janin terutama penyebab dari KPP yang disebabkan oleh kelainan letak janin.

3. Genitourinary

Perineum bersih, tidak ada perdarahan, vesika urinaria tidak teraba penuh, tidak terdapat hemorrhid, tidak terdapat varises pada vagina, adanya cairan keluar berwarna jernih, tidak ada keputihan. Pada KPP akan tampak keluar dari vagina dan ibu hamil dapat merasakan hal tersebut (Puspitasari, 2021). Infeksi keputihan dapat menjadi salah satu penyebab ketuban pecah prematur (KPP)

menurut (Nugroho 2012) dalam (Helena Osinita Sale dkk., 2020). Pada kehamilan preterm jika terdapat cairan yang keluar dari vagina perlu diwaspadai karena dapat menjadi pertanda pecahnya selaput ketuban. Maka perlunya dilakukan test lakmus untuk menentukan apakah cairan itu cairan ketuban atau urin. Keputihan dapat menjadi faktor pencetus terjadinya KPP oleh karena itu pentingnya menjaga kebersihan genetalia pada ibu hamil agar tidak terjadi infeksi.

4.1.7 Riwayat persalinan sekarang

Pada Riwayat persalinan sekarang memasuki kala 1 berdasarkan hasil pemeriksaan pada tanggal 28/03/2022 pukul 21.15 yaitu HIS + dalam 10 menit 1x15 detik, DJJ 158x/dopp, hasil VT 1 jari longgar. Pasien merasa perut kencengkenceng sejak kemarin tanggal 27/03/2022. KPP dapat disebabkan oleh pathogen yang ditemukan di cairan ketuban sehingga pathogen tersebut melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan kontraksi uterus. Hal ini menyebabkan adanya perubahan dan adanya pembukaan serviks, dan pecahnya selaput ketuban (Andalas dkk., 2019). Berkurangnya jumlah air ketuban dapat menyebabkan gawat janin. Takikardi pada janin dapat disebabkan bukan hanya oleh hipoksia dan asidosis, tetapi juga oleh hipertermia, sekunder dari infeksi intrauterine (Prawirohardjo, 2009; hal:678) dalam (Khafidoh, 2014). Kontraksi uterus dan pembukaan serviks yang terjadi secara dini dapat menyebabkan kelahiran premature pada bayi dan juga dapat menyebabkan risiko kegawatdaruratan janin oleh karena itu KPP membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat.

4.2 Data penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada tanggal 28-04-2022 didapatkan hasil leukosit 14.960/uL, hemoglobin 9.00 g/dL. pemeriksaan laboratorium. Pada wanita hamil, setiap bagian tubuh akan mengalami perubahan sebagai bentuk adaptasi terhadap adanya janin. Leukosit sebagai salah satu komponen darah yang penting, akan mengalami penekanan jumlah di trimester pertama dan kedua serta mengalami peningkatan di trimester ketiga. Hal tersebut merupakan perwujudan dari salah satu perubahan fisiologis di kehamilan. apabila seorang wanita hamil memiliki hitung nilai leukosit $>12.000/mm^3$ dapat dikatakan ia telah mengalami leukositosis (Martini, 2009). Penyebab leukositosis pada wanita hamil antara lain infeksi virus, infeksi bakteri, dan infeksi protozoa. Infeksi merupakan salah satu faktor predisposisi KPD (Jumriani 2018) dalam (Herlinadiyaningsih & Utami, 2018). Ibu hamil pada trimester ketiga memiliki kadar hemoglobin yang normal berkisar antara 9,5 – 15,0 g/dL (Cunningham, dkk. 2012). Pasien yang akan dilakukan tindakan SC transfusi darah tetap dilakukan apabila kadar hemoglobin 7,0 – 10 g/dL dilihat dari kondisi terjadinya perdarahan terus menerus, terdapat tanda-tanda penurunan daya angkut oksigen dan menurunnya eritopoesis selama proses pembedahan (Prawirohardjo, 2014) dalam (Heri, dkk. 2016).

Pada pasien KPP perlu dilakukan untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium terutama darah lengkap guna untuk melihat kadar leukosit dan juga hemoglobin yang dapat mempengaruhi terjadinya KPP yaitu kadar sel darah putih yang meningkat. Untuk kadar hb penting untuk dilihat menjelang operasi SC untuk menentukan kadar hb pasien serta untuk pertimbangan pemberian transfusi darah.

Terapi yang didapat adalah injeksi cinam. Pasien dengan ketuban pecah dini yang dicurigai terkena infeksi harus diberikan terapi antibiotik atau profilaksis antibiotik (Andalas dkk., 2019). Meskipun antibiotik efektif untuk mengobati infeksi namun antibiotik juga menimbulkan respon alergi oleh karena itu perlunya melakukan test alergi sebelum memberikan antibiotik.

4.3 Diagnosa keperawatan

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

Diagnosa keperawatan ini ditegaskan berdasarkan data bahwa pasien mengeluh keluar cairan jernih dari vagina sejak kemarin tanggal 27/03/2022 pukul 17.00 dan hasil laboratorium menunjukkan leukosit 14.960/uL,. Selama kehamilan sampai ketuban pecah, janin terlindungi dari mikroorganisme flora normal dari ibu oleh selaput ketuban, plasenta dan faktor antibakterial, dari cairan ketuban. Mikroorganisme patogen dapat mencapai janin atau bayi baru lahir melalui berbagai cara yang dapat menyebabkan infeksi. Beberapa prosedur terhadap uterus seperti amniosintesis, pemeriksaan vili korionik transervikal, atau pengambilan darah perkutaneus dapat menyebabkan masuknya organisme melalui kulit atau vagina sehingga terjadi amnionitis dan infeksi janin sekunder. Infeksi pada ibu pada saat melahirkan, terutama infeksi genital merupakan jalur penting transmisi maternal dan berperan penting dalam timbulnya infeksi pada neonatus. Kolonisasi awal pada neonatus pada umumnya apabila terjadi ketuban pecah. Pada beberapa kasus, kolonisasi mikroflora terjadi pada saat proses persalinan. Jika KPD >24 jam bakteri

vagina dapat naik dan pada beberapa kasus menyebabkan inflamasi membran janin, tali pusat, dan plasenta (Chiesa C, et al. 2004) dalam (Wilar, 2010). Apabila hal ini tidak mendapatkan tindakan dengan cepat maka akan bisa menyebabkan sepsis sehingga terjadi kegawatan pada ibu dan janin.

2. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya
Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data bahwa pasien mengeluh keluar cairan jernih dari vagina sejak kemarin tanggal 27/03/2022 pukul 17.00. Gangguan kesejahteraan janin pada pasien KPD tersebut terjadi karena pecah ketuban yang lama dapat mengakibatkan gangguan hematologi yaitu gangguan pada sickle cell yang berakibat penurunan tekanan oksigen. Dengan tekanan oksigen menurun akan menyebabkan denyut jantung janin dan gerakan janin juga menurun (Damian Hutter, John Kingdom, Edgar Jaeggi, 2010) dalam (Wahyuni, 2018). Selain itu Cairan ketuban memberikan proteksi janin dari benturan (Febriyeni dkk., 2021) . Oleh karena itu apabila ketuban pecah sebelum waktunya dapat menyebabkan risiko cedera pada janin.

3. Nyeri akut berhubungan dengan dilatasi serviks

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subyektif bahwa pasien pasien mengatakan nyeri pada perutnya P : saat beraktivitas, Q : kenceng-kenceng, R : perut, S : 2, T : hilang timbul (10menit) dan data objektif Hasil VT 1 jari longgar HIS + dalam 10menit 1x 15 detik. Nyeri visceral disebabkan oleh dilatasi serviks dan peregangan segmen bawah rahim serta distensi korpus uteri. Jika terdapat kontraksi uterus maka tekanan ditransmisikan ke serviks akan menyebabkan peregangan dan distensi sehingga mengaktifkan rangsang nosiseptor aferen yang sebagian disebabkan oleh iskemia dalam rahim akibat

dari kontraksi (Widiawati & Legiati, 2017). Dari hal tersebut pasien telah memasuki kala 1 persalinan dan memasuki fase laten dimana Fase ini disebut juga kala pembukaan. Disebut fase laten karena pada tahap ini terjadi pematangan dan pembukaan mulut rahim hingga cukup untuk jalan keluar janin. pembukaan sampai mencapai 1 - 3 cm, berlangsung sekitar delapan jam. nyeri yang dirasakan pasien akibat dari adanya dilatasi serviks maka dari itu perlunya dukungan, serta edukasi dari perawat untuk agar pasien melewati masa kala 1 dengan baik.

4.4 Intervensi dan implementasi

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) pada masalah ini perawat melakukan intervensi yang bertujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan adanya kriteria hasil : tidak terjadi demam (S : 36,5 - 37,2°C, kadar sel darah putih membaik (4.000 - 10.000 u/L), cairan ketuban tidak berbau busuk. Intervensi yang dilakukan perawat pada diagnosa ini adalah perawatan kehamilan resiko tinggi meliputi : Identifikasi faktor risiko kehamilan (DM, HT, HIV, herpes), identifikasi riwayat obstetric (prematunitas, preeklamsia, ketuban pecah dini), identifikasi sosial demografi (usia ibu, ras, penyalahgunaan obat) mendampingi ibu saat merasa cemas, mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran, jelaskan risiko janin mengalami kelahiran premature, informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran, ajarkan mengenali tanda-tanda bahaya

(perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban), kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda-tanda bahaya kehamilan.

Implementasi yang telah dilakukan perawat pada diagnose ini adalah, mendiskusikan persiapan persalinan, menjelaskan risiko janin mengalami premature, memberikan edukasi terkait tanda-tanda bahaya (perubahan cairan ketuban, perdarahan vagina warna merah terang).

2. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. pada masalah ini perawat melakukan intervensi bertujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kejadian infeksi menurun dengan adanya kriteria hasil : kejadian cedera menurun. Intervensi yang dirancang perawat dalam diagnose ini adalah pemantauan DJJ (Denyut Jantung Janin) meliputi : Identifikasi status obstetrik, Identifikasi riwayat obstetric, periksa denyut jantung janin selama 1 menit, monitor denyut jantung janin, monitor tanda vital ibu, atur posisi pasien, Lakukan manuver leopard untuk menentukan posisi janin, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan (SIKI, 239) .

Implementasi yang telah dilakukan berupa : memonitor tanda-tanda vital ibu.

Hasil TD : 120/70mmHg, RR : 20x/menit, N: 85x/mnt, S : 36,7°C, K/U : baik.

Memonitor denyut jantung janin dan menginformasikan hasil pemantauan.

Hasil : DJJ : 160x/dopp. pemantauan denyut jantung janin (DJJ) mampu memberikan informasi dan dapat memprediksi keadaan bayi yang berkaitan dengan oksigenasi. Stress pada uteroplasenta akan tercermin melalui DJJ.

Batas normal dari DJJ yaitu 110 - 160 (Fauziah, 2015). Penanda kesejahteraan janin meliputi denyut jantung janin, gerak napas janin, gerak badan janin, tonus

otot janin, serta jumlah air ketuban. Denyut jantung janin dapat dideteksi dengan alat penghitung denyut jantung janin berupa stetoskop Laenec atau Doppler.

3. Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks.

Pada masalah ini perawat melakukan intervensi yang bertujuan untuk pasien dapat mengontrol nyerinya dengan adanya kriteria hasil : melaprkkan control nyeri meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, dukungan orang terdekat meningkat. Intervensi yang dilakukan perawat adalah terapi relaksasi meliputi : terapi relaksasi meliputi : Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, ciptakan lingkungan tenang, jelaskan tujuan , manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (nafas dalam), anjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau latih tenknik yang dipilih menurut (SIKI, 436).

Implementasi yang telah dilakukan pada diagnose ini adalah mengajarkan ibu terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan menganjurkan pasien rileks. Hasil : ibu paham dan mampu melatih teknik yang diajarkan

Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Relaksasi merupakan teknik pengendoran atau pelepasan ketegangan, teknik relaksasi nafas dalam selain dapat menurunkan intensitas nyeri teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah. penurunan nyeri oleh teknik relaksasi nafas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi nafas dalam untuk

mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatis secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya penurunan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat klien lebih rileks menurut (Rukmala, 2016) dalam (Widyanto, dkk 2021). Pelaksanaan relaksasi nafas dalam ini sangat mudah untuk dilakukan. Semakin bertambahnya pembukaan serviks semakin tinggi derajat nyeri yang dirasakan oleh pasien namun kondisi itulah yang diharapkan oleh perawat karena merupakan kondisi baik namun peran perawat disini adalah meningkatkan kenyamanan pasien dalam proses persalinannya salah satunya adalah melalui teknik nafas dalam yang dinilai efektif untuk meningkatkan status kenyamanan pasien.

Tidak semua intervensi keperawatan yang dibuat bisa dilaksanakan, hal ini berkaitan dengan masalah dan juga kondisi pasien serta keberadaan fasilitas di ruangan. Berdasarkan kondisi pasien saat ini harus segera dilakukan cito SC untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Ny. R dengan diagnose medis G2P1A0 UK 36 minggu +KPP +BSC 4,5 tahun + pro SC + *Fetal distress* setelah sesuai advis dari dokter akan dilakukan tindakan cito SC. Pada implementasi yang dilakukan oleh perawat adalah mempersiapkan pasien untuk cito SC meliputi : memberikan informed consent kepada pasien, menganjurkan pasien puasa, mencukur daerah operasi/cukur bulu pubis, melakukan konsul kepada anastesi, konsul dr. anak, memberitahu ruang NICU, dan memberitahu ruang nifas Hasil : semua ACC, menyiapkan matkes dan alkes yang dibutuhkan di OK : doppler, incubator, mempersiapkan produk darah PRC 1 bag, memberikan oksigen kanul

4lpm sambung tabung O2 transport, dan mengantarkan pasien ke ruang OK IGD menggunakan bed.

Pada kasus pasien ini, tindakan yang dilakukan sudah tepat dan benar yaitu *sectio caesarea* pasien kerana memiliki riwayat BSC, dengan Riwayat BSC merupakan resiko untuk terjadinya ruptur sangat besar jika dilakukan induksi persalinan. Sebuah penelitian dari 32.080 kelahiran di JIPMER (India), 93 (0,28%) wanita mengalami ruptur uterus. Mayoritas (77%) memiliki riwayat section caesarea sebelumnya menurut (Veena P et al 2012). Apabila kehamilan pasien tersebut diteruskan kehamilannya, dapat menyebabkan peningkatan resiko infeksi pada janin dan ibu. menurut (Liu J, 2010) Ketuban pecah dini sangat terkait dengan morbiditas dan mortalitas terhadap ibu dan janin. Telah terbukti menjadi penyebab 18%-20% dari mortalitas dan morbiditas prenatal. Tiga penyebab kematian janin yang terkait dengan ketuban pecah dini adalah sepsis, asfiksia dan hipoplasia paru dalam (Andalas, 2019). Selain itu pertimbangan atas dilakukannya cito SC adalah terkait *fetal distress* dimana DJJ janin 165x/dopp menandakan ketidaknormalan DJJ (takikardi). Faktor penyebab terjadinya gawat janin (*fetal distress*) yaitu salah satunya adalah ketuban pecah lama (Kemenkes, 2018). Indikasi yang sering menyebabkan kejadian SC menurut (Sumelung, 2014) yaitu gawat janin sebanyak 52 responden (31,14%). Gawat janin (*fetal distress*) merupakan indikasi yang sering terjadi pada ibu persalinan SC. Jika partus normal akan membahayakan keselamatan ibu dan bayi.

Jadi pada pasien Ny. R dengan KPP + BSC dengan UK 36 minggu +pro SC + *Fetal distress* harus segera dilakukan tindakan dengan cepat dan tepat salah satunya adalah dengan *sectio caesarea* karena pasien mempunyai riwayat BSC dan kondisi

janin sudah menunjukkan kegawatan sehingga kehamilannya sudah tidak bisa dipertahankan karena akan menyebabkan infeksi yang berkelanjutan.

4.5 Evaluasi

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) Pada tanggal 29/03/2022 pukul 10.00 WIB perawat melakukan evaluasi pada Ny. R didapatkan hasil subyektif : pasien mengatakan sudah tidak keluar cairan jernih dari vagina. Objektif hasil laboratorium leukosit 14.960 u/L Hasil lab leukosit 14.960 u/L, TTV : S : 36,7°C, Px telah dilakukan operasi cito SC di OK IGD, Bayi lahir dengan cito SC berjenis kelamin laki-laki, menangis kencang dengan BB : 2600gr, PB : 47cm, anus +, kelainan kongengital -. Dalam hal ini masalah risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) teratasi. Kehamilan risiko tinggi merupakan suatu kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya) yang dapat mengakibatkan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Nurchahyo, 2007) dalam (Qudriani, 2017). Perawatan kehamilan risiko tinggi dipilih untuk mencegah komplikasi terhadap ibu hamil untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat dari infeksi terhadap kasus KPP.
2. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya Pada tanggal 29/03/2022 pukul 10.00 WIB perawat melakukan evaluasi pada Ny. R didapatkan hasil subyektif : pasien mengatakan sudah tidak keluar cairan dari vagina. Objektif : UK 36 minggu, DJJ : 157x/dopp, pasien telah dilakukan cito SC di OK IGD, bayi lahir dengan cito SC berjenis kelamin laki-laki,

menangis kencang dengan BB : 2600gr, PB : 47cm, anus +, kelainan kongengital -. Dalam hal ini masalah risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya teratasi. Pemantauan denyut jantung janin perlu dilakukan terutama pada saat proses persalinan dengan menggunakan perlatan khusus yang bertujuan untuk mendeteksi adanya perubahan pola detak jantung. Pola detak jantung yang terlalu cepat atau lambat menandakan kemungkinan adanya masalah pada janin seperti kekurangan oksigen (Agustin, 2021). Pemantauan denyut jantung berkala mampu memberikan gambaran tentang kesejahteraan janin terutama pada ibu dengan KPP memiliki risiko tinggi terhadap terjadinya gawat janin.

3. Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks

Pada tanggal 29/03/2022 pukul 10.00 WIB perawat melakukan evaluasi pada Ny. R didapatkan hasil subyektif : pasien mengatakan rileks setelah bayinya lahir. Objektif pasien tampak lebih rileks dan mampu mengontrol nyeri, TTV : TD : 120/70mmHg, N : 85x/mnt. Dalam hal ini masalah nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks teratasi. Teknik relaksasi nafas dalam dapat menenangkan pikiran, mengurangi stress tubuh yang rileks yang akan mengurangi respon stress (Simkin, P., Whalley, J., & Kappler , A. 2010) dalam (Safitiri, dkk. 2020). Relaksasi dipilih karena merupakan manajemen yang sangat mudah untuk dilakukan meskipun demikian relaksasi juga membutuhkan latihan agar ibu lebih siap dalam menjelang persalinannya dan dapat mengontrol nyeri akibat meningkatnya kontraksi otot rahim.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G2P1A0 UK 36 minggu+ KPP + BSC 4,5 Tahun + Pro Cito SC + *Fetal distress* di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan

5.1 Simpulan

7. Pada pengkajian pada pasien Ny. R dengan diagnosa medis G2P1A0 UK 36 minggu + KPP + BSC 4,5 tahun+ Pro SC + *Fetal distress* Tahun didapatkan pasien mengeluh keluar cairan jernih dari kemaluan sejak kemarin pukul 17.00 WIB juga kenceng-kenceng, saat ini pasien hamil anak ke-2 (G2P1A0) UK 36 minggu.
8. Pada pasien ini muncul beberapa diagnose keperawatan yaitu : Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya), Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks
9. Perencanaan disesuaikan dengan diagnose keperawatan dengan tujuan utama tingkat infeksi menurun, risiko cedera menurun dan tingkat nyeri menurun.
10. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mendiskusikan persiapan persalinan, menjelaskan risiko janin mengalami premature, memberikan edukasi terkait tanda-tanda bahaya (perubahan cairan ketuban, perdarahan vagina warna merah terang), pemantauan DJJ dan mempersiapkan pasien pro operasi cito SC.

11. Hasil evaluasi pada tanggal 29/03/2022 adalah mengatakan sudah tidak keluar cairan dari vagina, tidak terjadi demam, tidak terjadi cedera pada janin, pasien merasa lebih rileks dan mampu mengontrol nyerinya bayinya sudah lahir

5.2 Saran

Berdasarkan dari simpulan di atas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai pertimbangan untuk waktu yang akan datang dan sebagai tambahan informasi kepustakaan dalam ilmu keperawatan.

2. Bagi Ibu Hamil

Diharapkan pasien mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, mampu mengontrol nyeri, meminta bantuan kepada tenaga kesehatan jika terjadi KPP dan menerapkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengontrol nyeri apabila disertai nyeri.

3. Bagi Perawat

Sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien ibu hamil dengan masalah KPP.

4. Bagi Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien, terutama ibu hamil dengan

kejadian KPP. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerjasama yang baik guna mempercepat kesembuhan pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Andalas, M., Maharani, C. R., Hendrawan, E. R., Florean, M. R., & Zulfahmi, Z. (2019). Ketuban pecah dini dan tatalaksananya. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 19(3), 188–192. <https://doi.org/10.24815/jks.v19i3.18119>
- Ardini, & Ahyani. (2016). Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Sebagai Determinan Kesehatan Yang Penting Pada Tatanan Rumah Tangga Di Kota Bandung. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 1(1), 30–34. <https://doi.org/10.24198/jsk.v1i1.10340>
- Bainuan, L. D. (2018). Pencegahan Ketuban Pecah Dini (Premature Rupture of Membranes) Dengan Suplemen Vitamin C Pada Kehamilan. *Jurnal.Stikesbaptis.Ac.Id*, 17–64. <http://jurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/PSB/article/view/259>
- Desmiari, N. K. S. (2017). Gambaran Asuhan Keperawatan Prosedur Perawatan Luka Pada Ibu Post *Sectio Caesarea* Untuk Mencegah Risiko Infeksi Di Ruang Dara RSUD Wangaya Tahun 2019 [Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar]. In <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id> (Vol. 110, Nomor 9). <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2383/>
- Farrer, H. (2001). *Perawatan Maternitas* (2 ed.). Penerbit Buku Kedokteran : EGC. https://books.google.co.id/books?id=8svztyjUXN8C&dq=laporan+pendahuluan+sectio+caesarea&hl=id&source=gbs_navlinks_s
- Fatmawati, L., Sulistyono, A., & Basuki Notobroto, H. (2017). Pengaruh Status Kesehatan Ibu Terhadap Derajat Preeklampsia/Eklampsia di Kabupaten Gresik. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(2), 52–58. <https://media.neliti.com/media/publications/63735-ID-pengaruh-status-kesehatan-ibu-terhadap-d.pdf>
- Febriyeni, Medyana, V., & Oktavianis. (2021). *Asuhan Kebidanan Kehamilan Komperhensif* (D. D. Patama (ed.)). Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=uX8mEAAAQBAJ&pg=PA44&dq=Funngsi+air+ketuban&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwjnrSNndb4AhVP2XMBHUZLBogQ6AF6BAGLEAM#v=onepage&q=Funngsi+air+ketuban&f=false>
- Hartini, E. E. (2018). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Wineka Media. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=-_CYDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=info:rzejO1ey7hkJ:scholar.google.com/&ots=ZQO--nc5j9&sig=M7ff62xduI2fY3XvRUKrhkCo5u4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

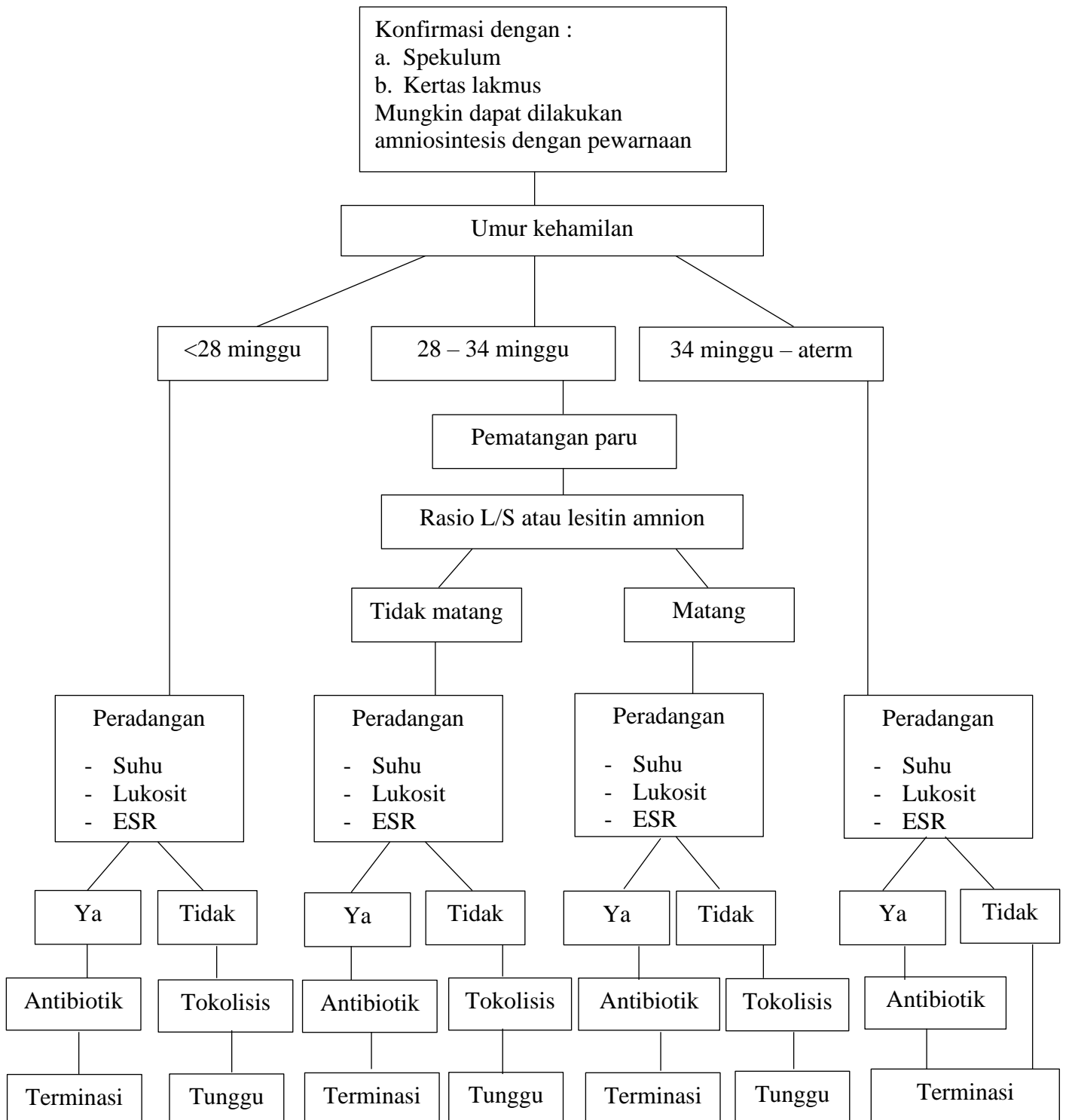
- Helena Osinita Sale, H., Sutriyani, T., & Kristina Sari, D. (2020). Hubungan Infeksi Keputihan Dan Kecemasan Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Biomed Science*, 8(1), 37–44. <https://jurnal.unitri.ac.id/index.php/biomed/article/view/2446>
- Herlinadiyaningsih, H., & Utami, D. (2018). HUBUNGAN KADAR LEUKOSIT TERHADAP KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI DI BLUD RUMAH SAKIT dr.DORIS SYLVANUS PALANGKA RAYA TAHUN 2018. *Avicenna: Journal of Health Research*, 1(2), 27–37. <https://doi.org/10.36419/avicenna.v1i2.230>
- Hikmah, F., & Putri, Y. A. (2016). Analisis Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Rekam Medis Rawat Inap Di Rsia Srikandi Ibi Jember. *Seminar Nasional Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 2–6.
- Khafidoh, A. (2014). *Hubungan Antara Kelainan Letak Janin Dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Kabupaten Indramayu* [Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto]. <http://repository.ump.ac.id/>
- Kompas.com. (2020). *Pengertian Kehamilan dan Tanda Kehamilan yang Sehat*. https://amp-kompas-com.https://amp-kompas-com.cdn.ampproject.org/v/s/amp.kompas.com/skola/read/2020/11/10/120000569/pengertian-kehamilan-dan-tanda-kehamilan-yang-sehat?amp_gsa=1&_js_v=a9&usqp=mq331AQKKAFQArABIIACA%3D%3D#amp_tf=Dari%251%24s&aoh=16567389624484&referrer=https
- Kusuma, N. (2016). Hubungan antara metode dan lama pemakaian dengan keluhan kesehatan subyektif pada akseptor. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(2), 164–175. <https://doi.org/10.20473/jbe.v4i2.2016.164>
- Lazuarti, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Ketuban Pecah Dini Yang Di Rawat Di Rumah Sakit. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*. Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.
- Lubis, D. S. (2018). Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Riwayat Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) Di RSIA Norfa Husada Bangkinang Tahun 2018. *Jurnal Doppler Pahlawan Tuanku Tambusi*, 2(2), 62–69. <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/doppler/article/view/198>
- Mellisa, S. (2021). Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Medika Utama*, 03(01), 402–406.
- Mintarsih, S. (2008). Berat Badan dan Nutrisi pada Wanita Hamil. *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*, 3, 27–34. <https://www.ejournal.stikespku.ac.id/index.php/mpp/article/download/39/35>

- Mone, M. I. (2019). *Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. M.M Di Puskesmas Radamata Kecamatan Laura Periode 01 April Sampai Dengan 19 Juni 2019* [Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang]. <http://repository.poltekeskupang.ac.id/1340/>
- Naha, M. K. (2013). *Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Persalinan dengan Kesiapan Menghadapi Persalinan Pada Trimester III di Puskesmas Umbulharjo 1*.
- Negara, K. S. (2020). Buku Ajar Ketuban Pecah Dini. In A. Yusrizal, F. Desiree, & I. G. N. Y. Pramana (Ed.), *Universitas Udayana*. <http://urepo.unud.ac.id>.
- Oktya, T. (2021). Pengaruh KIE (Komunikasi Informasi Edukasi) Alat Kontrasepsi pada Ibu Hamil Trimester III Terhadap Keikutsertaan Pemakaian IUD di Wilayah Kerja Puskesmas *JIDAN: Jurnal Ilmiah Bidan*. <https://journal.stikespid.ac.id/index.php/jspid/article/view/24>
- Prasetyowati, & Supriatiningsih. (2012). Hubungan antara preeklamsi dengan persalinan tindakan. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 6, 23–28.
- Pratiwi, R. (2022). *Kenali Tanda-tanda Melahirkan Agar Punya Persiapan Melahirkan yang Matang*. [primayahospital.com. https://primayahospital.com/kebidanan-dan-kandungan/tanda-tanda-melahirkan/](https://primayahospital.com/kebidanan-dan-kandungan/tanda-tanda-melahirkan/)
- Prihartini, A. R., Maesaroh, & Widiastuti, F. (2022). Hubungan Antara Kelainan Letak Janin Dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Kabupaten Indramayu. *Jurnal Menara Medika*, 4. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://jurnal.um-sb.ac.id/index.php/menaramedika/article/view/2199&ved=2ahUKEwja66i_paDtAhU263MBHdUiAsUQFjAAegQIAxAB&usq=AOvVaw0bUdEhasRIBe0InxidIHJo
- Puspitasari, M. K. (2021). *Mengenal Lebih Jauh Tentang Ketuban Pecah Dini*. <http://herminahospitals.com/>. <https://herminahospitals.com/id/articles/mengenal-lebih-jauh-tentang-ketuban-pecah-dini.html>
- Putri, E. M. (2019). Pengaruh Pemberian Terapi Relaksasi Abdominal Breathing terhadap Nyeri Post *Sectio Caesarea* dengan Spinal Anastesi di PKU Muhammadiyah Gamping. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1134/4/4>. Chapter 2.pdf
- Putri, Y. W. (2021). *Mengungkap Persepsi Ibu Hamil Tentang Aktivitas Seksual Selama Kehamilan* [Universitas ‘Aisyiyah Surakarta]. <http://eprints.aiska-university.ac.id/1213/>
- Retnowati, Y., Yulianti, K., & Aryanti, R. (2020). *Pengantar Asuhan Kehamilan*. <https://thesiscommons.org/v4yj7/>

- Rifiana, A. J., & Hasanah. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Ciannjur. *Ilmu dan Budaya*, 41(60), 7001–7018. <http://journal.unas.ac.id/ilmu-budaya/article/view/461>
- Safitri, M. (2020). *Indikasi Persalinan Sectio Caesarea dan Komplikasi Pasca Persalinan Sectio Caesarea: Narrative Review*.
- Santoso, A. I., Firdaus, A. D., & Mumpuni, R. Y. (2022). Penurunan skala nyeri pasien post operasi sectio caesarea dengan teknik mobilisasi dini. 11(April), 97–104.
- Susilowati, E., Surani, E., & Estina, R. A. (2020). Jurnal publikasi kebidanan stikes ylpp purwokerto. *Jurnal Publikasi Kebidanan STIKES YLPP Purwokerto*, 11(2).
- Umar, M. Y., & Wardani, P. K. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Pre-Eklampsia pada Perempuan Bersalin. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(1), 45–50. <https://doi.org/10.30604/jika.v2i1.31>
- Widiawati, I., & Legiati, T. (2017). Mengenal Nyeri Persalinan Pada Primipara Dan Multipara. *Jurnal Bimtas*, 2(1), 42–48.
- Wulandari, C. L., Risyati, L., Maharini, Kaltsum, U., Maryati, N., Siti, N., Khanifah, M., Nur, A., & Wariyaka, M. R. (2021). *Asuhan Kebidanan Kehamilan* (R. Widyastuti (ed.)). CV. Media Sains Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=mZ5BEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Komplikasi+ketuban+pecah+dini&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwj129ynrcb4AhX263MBHbQJC1QQ6AF6BAgMEAM#v=onepage&q=Komplikasi+ketuban+pecah+dini&f=false>
- Wulandari, M. D. (2017). *Hubungan Dukungan suami dengan kepatuhan pemeriksaan* (Vol. 2) [Universitas Jendral Ahmad Yani Yogyakarta]. https://books.google.co.id/books?id=8svztyjUXN8C&dq=laporan+pendahuluan+sectio+caesarea&hl=id&source=gbs_navlinks_s

Lampiran 1

SPO (Standart Operasional Prsedur) penatalaksanaan KPD



Lampiran 2**CURICULUM VITAE**

Nama : Aliffian Sabrina Atika
NIM : 2130050
Program Studi : Pendidikan profesi ners
Tempat, Tanggal Lahir : Lamongan, 21 April 1999
Alamat : Jl. Banyu Urip Lor X/06 Surabaya
Agama : Islam
No. Hp : 083839995338
Email : sabrinaaliffian214@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Flamboyan Lamongan Tamat Tahun 2005
2. SDN Balongwangi 1 Lamongan Tamat Tahun 2011
3. SMPN 1 Tikung Lamongan Tamat Tahun 2014
4. SMK Kesehatan Nur Medika Surabaya Tamat Tahun 2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Sby Tamat Tahun 2021

Lampiran 3

MOTO DAN PERSEMBAHAN

“Angkatlah kesedihan menjadi kekuatanmu. Tunjukkan pada dunia bahwa kamu kuat dan kamu bukan manusia yang lemah kecuali dihadapan Allah SWT”

Persembahan :

1. Kedua orang tua saya yang selalu memberikan dukungan materiil, spiritual hingga memberikan nasehat dan motivasi agar selalu semangat menuntut ilmu.
2. Adik-adik saya saya selalu menjadi penghibur dan selalu saling menguatkan dalam kondisi apapun terutama sejak ditinggal Ibu ke surga.
3. Untuk saudara-saudaraku, nenek, kakek, serta keponakan tercinta yang selalu memberikan motivasi dan dukungan selama ini.
4. Untuk sahabat-sahabat saya yang tersayang yang selalu memberikan dukungan dan penghibur disela-sela pengerjaan karya ilmiah akhir ini ini.
5. Untuk teman seperjuangan profesi Ners terima kasih telah memberikan semangat dan berjuang bersama dalam menempuh pendidikan selama 4 tahun.