

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS
G1P0000 UK 39/40 MINGGU + KETUBAN PECAH DINI + *PRO CITO*
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI GAGAL INDUKSI
DI RUANG VK IGD RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

SEPTI PERMATASARI, S.Kep.

NIM. 2230097

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS
G1P0000 UK 39/40 MINGGU + KETUBAN PECAH DINI + *PRO CITO*
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI GAGAL INDUKSI
DI RUANG VK IGD RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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



SEPTI PERMATASARI, S.Kep.
NIM. 2230097

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 15 Juni 2023

Penulis,

480FAJX683737052
Septi Permatasari, S.Kep
NIM. 223.0097

HALAMAN PERSETUJUAN

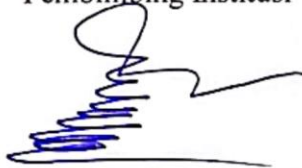
Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Septi Permatasari, S.Kep.
NIM : 2230097
Program : Pendidikan Profesi
Studi : Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis
G1P0000 Uk 39/40 Minggu + Ketuban Pecah Dini + *Pro Cito*
Sectio Caesarea Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang VK
IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

NERS (Ns.)

Pembimbing Institusi



Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03010

Pembimbing Klinik



Widhowati Tri AS. SST
NIP. 196803091988112001

Mengetahui

Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Septi Permatasari, S.Kep.
NIM : 2230097
Program : Pendidikan Profesi
Studi : Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis
G1P0000 Uk 39/40 Minggu + Ketuban Pecah Dini + *Pro Cito*
Sectio Caesarea Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang VK
IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

Penguji Ketua : Dr. Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP.03003

Penguji 1 : Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 03010

Penguji 2 : Widhowati Tri AS., SST
NIP. 196803091988112001



Mengetahui
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 15 Juni 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana pertama TNI dr. Eko Prasetyo Adi Wibowo, Sp.OT(K) Hip and Knee.,FICS. selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya telah memberikan izin untuk dan lahan untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Puket 1 dan Puket 2 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.
4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan

dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Dr. Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji I terima kasih atas segala arahan dan sarannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Puji Hastuti,M.Kep.,Ns selaku pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Widhowati Tri AS., SST selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus dan ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Klien Ny. N yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek Keperawatan Komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Ayah dan Ibu yang telah memberikan dukungan dan kasih sayang serta tidak pernah lelah memberiku semangat yang luar biasa untuk menjalani kehidupan

Penulis berusaha menyelesaikan karya ilmiah ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari karya ilmiah ini belum sempurna. Penulis berharap karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan pahala dari Allah SWT..

Surabaya, 15 Juni 2023



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah	5
1.5 Metode Penulisan	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Kehamilan	10
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan	10
2.1.2 Tanda Kehamilan	11
2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan.....	14
2.1.4 Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan	17
2.2 Konsep Ketuban Pecah Dini.....	19
2.2.1 Pengertian	19
2.2.2 Etiologi	19
2.2.3 Klasifikasi	21
2.2.4 Patofisiologis	21
2.2.5 Manifestasi Klinis	22
2.2.6 Komplikasi.....	23
2.2.7 WOC.....	24
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang	25

2.2.9	Penatalaksanaan Medis	25
2.3	Konsep Induksi Persalinan	26
2.3.1	Pengertian	26
2.3.2	Indikasi Induksi	27
2.3.3	Kontraindikasi Induksi	27
2.3.4	Metode Induksi.....	28
2.3.5	Komplikasi.....	31
2.4	Konsep Sectio Caesarea	31
2.4.1	Pengertian.....	31
2.4.2	Etiologi	32
2.4.3	Klasifikasi	34
2.4.4	Pemeriksaan Penunjang	35
2.4.5	Komplikasi.....	35
2.4.6	Penatalaksanaan Medis	36
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Dini	37
2.5.1	Pengkajian.....	37
2.5.2	Diagnosa Keperawatan.....	39
2.5.3	Intervensi Keperawatan.....	40
2.5.4	Implementasi	42
2.5.5	Evaluasi	42
BAB 4 PEMBAHASAN		62
4.1	Pengkajian	62
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	67
4.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	71
BAB 5 PENUTUP.....		74
5.1	Simpulan.....	74
5.2	Saran	76
DAFTAR PUSTAKA		77

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Kemajuan Persalinan	50
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Darah Lengkap dan Kimia Klinik (25 April 2023 14.22	50
Tabel 3. 3 Terapi Farmakologis (25 April 2023)	51
Tabel 3. 4 Analisa Data Ny. N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + SC atas	52
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan Ny. N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD+ Pro Cito SC atas indikasi Gagal Induksi	54
Tabel 3. 6 Implementasi Ny. N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + Pro Cito SC atas indikasi Gagal Induksi.....	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 WOC Ketuban Pecah Dini + Sectio Caesarea Atas Indikasi Gagal . 24

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	81
Lampiran 2 Motto Dan Persembahan	82
Lampiran 3 SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam.....	83
Lampiran 4 SOP Induksi Persalinan Dengan Misoprostol	85

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Of Daily Living</i>
AFI	: <i>Amniotic Fluid Index</i>
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
BAK	: Buang Air Kecil
CPD	: <i>Chepalo Pelvic Disproportion</i>
DJJ	: Detak Jantung Janin
DL	: Darah Lengkap
DM	: Diabetes Melitus
DPJP	: Dokter Penanggungjawab Pasien
FH	: Faal Hemostasis
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotrophin</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IUFD	: <i>Intra Uterine Fetal Death</i>
IUGR	: <i>Intra Uterine Growth Retardation</i>
IV	: <i>Intra Vena</i>
KB	: Keluarga Berencana
KK	: Kimia Klinik
KPD	: Ketuban Pecah Dini
MRS	: Masuk Rumah Sakit
MSH	: <i>Melanocyte Stimulating Hormon</i>
NS	: Normal Saline
NY	: Nyonya
PAP	: Pintu Atas Panggul
PEB	: Pre Eklamsia Berat
PPROM	: <i>Preterm Premature Rupture of Membrane</i>
PROM	: <i>Premature Rupture of Membrane</i>
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
RR	: <i>Raspiration</i>
SC	: Sectio Caesarea
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TN	: Tuan
TP	: Tafsiran Persalinan
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
VK	: <i>Verlos Kamer</i>
WIB	: Waktu Indonesia Bagian Barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (*lunar months*). Saat Hamil, tidak semua dapat berjalan dengan semestinya, terkadang ada beberapa kehamilan dan proses persalinan yang mengalami masalah atau komplikasi, dimana salah satu penyebabnya yaitu ketuban pecah dini (Wulansari et al., 2023). Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi (Reni & Sunarsih, 2017). Penatalaksanaan KPD diusia kehamilan >35 minggu lakukan induksi, bila induksi gagal maka dilakukan *section caesarea* (Reni & Sunarsih, 2017)

Induksi persalinan adalah stimulasi buatan yang dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus baik secara farmakologi maupun mekanik sebelum persalinan normal. Secara farmakologi induksi dapat dilakukan dengan pemberian oksitosin dan prostaglandin, sedangkan mekanik diantaranya adalah pemasangan balon kateter intra serviks, stripping membran dan amniotomy (Hartanto & Joserizal Serudji, 2022). *Sectio Caesarea* merupakan jenis persalinan buatan melalui proses insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat kondisi rahim dalam keadaan utuh untuk mengeluarkan janin dengan berat janin diatas 500 gram. Indikasi medis terbanyak dilakukan persalinan *Sectio Caesarea* yaitu

adanya riwayat persalinan *Sectio Caesarea*, gawat janin, posisi janin yang abnormal, gagal induksi, partus tidak maju dan ketuban pecah dini (Jumatri et al., 2022).

Angka kejadian KPD di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 mencapai 5,6% dari semua kehamilan (Novirianthy et al., 2021). Insiden *sectio caesarea* di Indonesia yang disebabkan oleh ketuban pecah dini yaitu 13,4% dari seluruh kehamilan. Angka kejadian ketuban pecah dini pada kehamilan preterm adalah 3-18%, sedangkan angka kejadian pada kehamilan aterm sekitar 8-10%. Kelahiran melalui *sectio caesarea* karena ketuban pecah dini di Jawa Timur mencapai 38,3% dari seluruh persalinan (M & Rahmawati, 2021). Sebuah studi oleh Gahwagi et al., (2015) menyatakan bahwa Ketuban Pecah Dini dapat menjadi indikasi dilaksanakannya persalinan dengan *section caesarea* dengan persentase sebesar 28% yang mana 50% dari indikasi tersebut disebabkan oleh kegagalan induksi persalinan. Sedangkan kasus KPD yang terjadi sesuai data dari SIMRS Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya prevalensi pasien dengan KPD pada bulan April 2023 sebanyak 13 kasus dengan rincian sebagai berikut : KPD dengan induksi berhasil sebanyak 4 kasus, KPD dengan induksi gagal dan dilanjut tindakan SC sebanyak 2 kasus, KPD dengan tindakan SC sebanyak 3 kasus dan KPD tanpa induksi sebanyak 4 kasus.

Penyebab ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan disebabkan karena infeksi yang terjadi pada selaput ketuban, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, paritas, riwayat abortus atau ada riwayat ketuban pecah dini sebelumnya, ketegangan Rahim yang berlebihan, ukuran

panggul yang sempit, aktivitas dan trauma yang didapat seperti hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis (Rifiana & Hasanah, 2018).

Dampak ketuban pecah dini diantaranya pada ibu akan menyebabkan terjadinya infeksi dalam persalinan dan nifas seperti infeksi saluran kemih, partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (*section caesarea*) sedangkan pada janin, KPD akan mengakibatkan terjadinya prematuritas (*Syndrome Distress Pernapasan*), sepsis, resiko kecacatan, hipoplasia, oligohidroamnion, morbiditas dan mortalitas perinatal (Metti, 2021). Keberhasilan induksi persalinan tergantung dari keadaan serviks sebelum induksi. Induksi lebih baik dilakukan saat serviks sudah matang. Derajat kematangan serviks dapat dinilai dengan beberapa metode. Metode yang paling sering digunakan adalah skor Bishop, karena simpel dan memiliki nilai prediktif yang paling baik. Sistem skor ini menilai dilatasi serviks, penipisan, konsistensi, posisi dan penurunan kepala janin. Skor Bishop yang tinggi yakni ≥ 6 sebanding dengan serviks yang matang (Hartanto & Joserizal Serudji, 2022). Kegagalan dalam tindakan induksi persalinan dalam kasus ketuban pecah dini di anjurkan untuk segera dilakukan Sectio Caesarea.

Tindakan terbaik pada kasus ketuban pecah dini dengan gagal induksi yaitu dilakukan persalinan dengan *Sectio Caesarea* meskipun memiliki resiko lebih besar terjadinya komplikasi dibanding persalinan normal, untuk mengatasi permasalahan tersebut maka peran perawat sangat dibutuhkan dalam pemberian asuhan keperawatan maternitas agar penanganan ketuban pecah dini dan gagal induksi dapat sesuai dengan keadaan yang ada dan dapat memperkecil resiko terjadinya komplikasi. Asuhan keperawatan maternitas yang diberikan

memerlukan serangkaian proses keperawatan yaitu pengkajian, penentuan diagnose keperawatan, penyusunan rencana tindakan, serta implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan. Oleh karena itu penulis melakukan penyusunan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis G1P0000 Uk 39/40 Minggu + Ketuban Pecah Dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis G1P0000 Uk 39/40 Minggu + Ketuban Pecah Dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. N dengan diagnosa medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada Ny. N dengan diagnosa medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan dan memprioritaskan masalah keperawatan pada pasien pada Ny. N dengan diagnosa medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah

dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing-masing masalah keperawatan pada pada Ny. N dengan diagnosa medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan pada pada Ny. N dengan diagnosa medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pada Ny. N dengan diagnosa medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan pada pada Ny. N dengan diagnosa medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

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

1.4.1 Secara Teoritis

Dari segi akademis dapat menambah khasanah agar perawat lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan secara cepat, sigap dan tepat dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapat asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal

induksi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan penulis adalah metode deskriptif, yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas, data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan yang dilakukan terhadap pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

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

c. Studi kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

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

BAB 1: Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus

BAB 2: Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut pandang medis dan asuhan keperawatan klien dengan G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5: Penutup berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 menjelaskan mengenai tinjauan pustaka, penulis memasukkan beberapa konsep teori yang mendukung pada kasus G1P0000 Uk 39/40 minggu + ketuban pecah dini + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi yaitu 1) Konsep Kehamilan, 2) Konsep Ketuban Pecah Dini, 3) Konsep Induksi Persalinan, 4) Konsep *Sectio Caesarea* dan 5) Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Dini dan *Sectio Caesarea* atas indikasi gagal induksi.

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

Kehamilan merupakan sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Widatiningsih & Dewi, 2017). Kehamilan merupakan 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).

Kehamilan merupakan serangkaian proses yang diawali dengan konsepsi dan berkembang sampai menjadi fetus yang aterm serta diakhiri dengan proses persalinan. Secara fisik akan terjadi pembesaran perut, terasa adanya pergerakan atau timbulnya hiperpigmentasi, keluarnya kolostrum dan sebagainya, atau kegelisahan yang dialami ibu hamil. Setiap saat kehamilan dapat berkembang menjadi atau mengalami penyulit maka diperlukan pemantauan kesehatan ibu hamil. Pemantauan ini meliputi pemeriksaan Antenatal (*Ante Natal Care/ANC*).

Pemeriksaan ini meliputi perubahan fisik normal yang dialami ibu serta tumbuh kembang janin, mendeteksi dan menatalaksana setiap kondisi yang tidak normal (Rahmawati & Wulandari, 2019).

2.1.2 Tanda Kehamilan

Menurut Widatiningsih & Tungga Dewi (2017) tanda – tanda kehamilan dibagi menjadi dua yaitu tanda dugaan hamil (*presumtif sign*) dan tanda pasti hamil (*positive sign*).

1. Tanda–tanda dugaan hamil (*presumtif sign*)

Tanda dugaan (*presumtif*) merupakan perubahan fisiologis yang dialami pada wanita namun sedikit sekali mengarah pada kehamilan karena dapat ditemukan juga pada kondisi lain serta sebagian besar bersifat subjektif hanya dirasakan oleh ibu hamil. Seperti:

a. Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi namun dapat juga terjadi pada wanita dengan stres atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sesudah kuretase. Amenorea penting dikenali untuk mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL).

b. Nausea dan vomitus

Keluhan yang sering dirasakan wanita hamil yaitu morning sickness yang dapat timbul karena bau rokok, keringat, masakan, atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini umumnya terjadi hingga usia 8 minggu hingga 12 minggu kehamilan.

c. Mengidam

Ibu hamil ingin makanan atau minuman atau menginginkan sesuatu. Penyebab mengidam ini belum pasti dan biasanya terjadi pada awal kehamilan.

d. *Fatigue* (Kelelahan)

Sebagian ibu hamil dapat mengalami kelelahan hingga pingsan keluhan ini akan menghilang setelah 16 minggu.

e. Mastodynia

Pada awal kehamilan mammae dirasakan membesar dan sakit. Ini karena adanya pengaruh tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron. Keluhan nyeri payudara ini dapat terjadi pada kasus mastitis, ketegangan payudara, penggunaan pil KB.

f. Gangguan saluran kencing

Keluhan rasa sakit saat kencing, atau kencing berulang – ulang hanya sedikit keluar dapat dialami ibu hamil. Penyebabnya selain karena progesteron yang meningkat juga karena terjadinya pembesaran uterus.

g. Konstipasi

Konstipasi mungkin timbul pada kehamilan awal dan sering menetap selama kehamilan dikarenakan relaksasi otot polos akibat pengaruh progesteron. Penyebab lainnya yaitu seperti perubahan pola makan selama hamil, pembesaran uterus yang mendesak usus serta penurunan motilitas usus.

h. Perubahan Berat Badan

Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena terjadinya perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berlebihan selama hamil.

i. *Quickening*

Ibu merasakan seperti adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini bisa juga karena peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut, atau pergerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak

2. Tanda – tanda pasti hamil (*positive sign*)

a. Teraba bagian–bagian janin

Umumnya pada kehamilan 22 minggu janin dapat diraba pada wanita kurus dan otot perut relaksasi. Kehamilan 28 minggu jelas bagian janin dapat diraba demikian pula gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu.

b. Gerakan Janin

Pada kehamilan 20 minggu gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu

c. Terdengar Denyut

Jantung Janin Menggunakan ultrasound denyut jantung janin dapat terdengar pada usia 6 sampai 7 minggu. Jika menggunakan dopler pada usia 12 minggu sedangkan jika menggunakan stetoskop leannec 18 minggu. Frekuensi denyut jantung janin antara 120 sampai dengan 160 kali permenit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan.

d. *Ultrasonografi*

USG dapat digunakan umur kehamilan 4 sampai 5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi, gerakan janin dan denyut jantung janin.

2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus atau Rahim

Perubahan yang amat jelas terjadi pada uterus sebagai ruang untuk menyimpan calon bayi yang sedang tumbuh. Perubahan ini seperti Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, Hipertrofi dan hiperplasia (pertumbuhan dan perkembangan jaringan abnormal) yang menyebabkan otot-otot rahim menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin, Perkembangan desidua atau sel-sel selaput lendir rahim selama hamil.

b. Perkembangan desidua atau sel-sel selaput lendir rahim selama hamil

Pada rahim yang normal atau tidak hamil sebesar telur ayam, umur dua bulan kehamilan sebesar telur bebek, dan umur tiga bulan kehamilan sebesar telur angsa (Kumalasari & Andhyantoro, 2019). Dinding – dinding rahim yang dapat melunak dan elastis menyebabkan fundus uteri dapat didefleksikan yang disebut dengan *Mc.Donald*, serta bertambahnya lunak korpus uteri dan serviks diminggu kedelapan usia kehamilan yang dikenal dengan tanda Hegar.

c. Serviks

Akibat pengaruh hormon esterogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami peningkatan vaskularisasi dan oedem karena meningkatnya suplai darah dan terjadi penumpukan pada pembuluh darah menyebabkan serviks menjadi lunak tanda (*Goodel*) dan

berwarna kebiruan (*Chadwic*) perubahan ini dapat terjadi pada tiga bulan pertama usia kehamilan

d. Ovarium

Adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Pada kehamilan ovulasi berhenti, corpus luteum terus tumbuh hingga terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormon estrogen dan progesteron.

e. Payudara

- 1) Payudara membesar, tegang dan sakit hal ini dikarenakan karena adanya peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah yang meningkat akibat perubahan hormon selama hamil.
- 2) Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder atau warna tampak kehitaman pada puting susu yang menonjol dan keras.
- 3) Kelenjar Montgomery atau kelenjar lemak di daerah sekitar puting payudara yang terletak di dalam areola mammae membesar dan dapat terlihat dari luar. Kelenjar ini mengeluarkan banyak cairan minyak agar puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.
- 4) Ibu mengeluarkan cairan apabila di pijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan berwarna jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir,

cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum

2. Perubahan sistem sirkulasi darah

Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis. Dengan terjadinya hemodelusi, kepekatan darah berkurang sehingga tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah.

3. Perubahan sistem pernafasan

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas, hal ini disebabkan karena usus tertekan ke arah diafragma akibat dorongan rahim yang membesar. Selain itu kerja jantung dan paru juga bertambah berat karena selama hamil, jantung memompa darah untuk dua orang yaitu ibu dan janin, dan paru-paru menghisap zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin.

4. Perubahan sistem perkemihan

Faktor penekanan dan meningkatnya pembentukan air seni inilah yang menyebabkan meningkatnya beberapa hormon yang dihasilkan yaitu hormone ekuensi berkemih. Gejala ini akan menghilang pada trimester 3 kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini akan muncul kembali karena turunya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih.

5. Perubahan sistem endokrin

Plasenta sebagai sumber utama setelah terbentuk menghasilkan hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotrophin*) hormon utama yang akan menstimulasi pembentukan estrogen dan progesteron yang di sekresi oleh korpus luteum, berperan mencegah terjadinya ovulasi dan membantu mempertahankan ketebalan uterus. Hormon lain yang dihasilkan yaitu hormon HPL (*Human Placenta Lactogen*) atau hormon yang merangsang produksi ASI, Hormon HCT (*Human Chorionic Thyrotropin*) atau hormon pengatur aktivitas kelenjar tyroid, dan hormon MSH (*Melanocyte Stimulating Hormon*) atau hormon yang mempengaruhi warna atau perubahan pada kulit (kloasma gravidarum).

6. Perubahan sistem gastrointestinal

Perubahan pada sistem gastrointestinal adalah pengaruh dari faktor hormonal selama kehamilan. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh yang dapat meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi otot-otot polos, hal ini mengakibatkan gerakan usus (peristaltik) berkurang dan bekerja lebih lama karena adanya desakan akibat tekanan dari uterus yang membesar sehingga pada ibu hamil terutama pada kehamilan trimester 3 sering mengeluh konstipasi atau sembelit.

2.1.4 Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan

1. Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami

kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi terutama hal itu sering kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun, berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta (Walyani, 2015).

2. Trimester II

Trimester kedua merupakan periode kesehatan yang baik yaitu ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase praquickening dan pascaquickening. Di masa fase praquickening ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun dari keluarga (Rustikayanti et al., 2016).

3. Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sebagai fase penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil kembali merasakan ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi

menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti et al., 2016).

2.2 Konsep Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian

Ketuban pecah dini merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstraselular amnion, korion, dan apoptosis membran janin (Jannah, 2018). Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kelahiran yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD (Sagita, 2017).

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Fujiyarti et al., 2016).

2.2.2 Etiologi

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai

kelahiran mdatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya “menganjal atau menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017).

Penyebabnya ketuban pecah dini masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah (Jannah, 2018):

1. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
2. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
3. Trauma misalnya hubungan seksual saat hamil dengan frekuensi lebih dari 3 kali seminggu, pemeriksaan dalam dan amniosintesis.
4. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
5. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
6. Usia kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun (Tahir, 2021).

2.2.3 Klasifikasi

Klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu (Oktaviani & Dewi, Y, V, 2019):

1. Ketuban pecah dini atau disebut juga *Premature Rupture of Membrane* atau *Prelabour Rupture of Membrane* (PROM), adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.
2. Ketuban pecah prematur yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu atau disebut juga *Preterm Premature Rupture of Membrane* atau *Preterm Prelabour Rupture of Membrane* (PPROM)

2.2.4 Patofisiologis

Terjadinya peregangan berulang serta kontraksi uterus diidentifikasi berkorelasi dengan kasus KPD. Adanya struktur biokimia yang berubah pada daerah tertentu diketahui sebagai determinan rapuhnya selaput ketuban inferior. Adanya penyeimbangan degradasi ekstraselular matriks dan sintesis. Termasuk katabolisme kolagen, perubahan jumlah sel, dan struktur diidentifikasi berkontribusi pada perubahan aktivitas kolagen, sehingga berdampak pada kejadian KPD. Matriks metaloproteinase (MMP) sebagai mediator degradasi kolagen akan dihambat oleh inhibitor protease dan inhibitor jaringan spesifik. Adanya penyeimbangan MMO dan arahan proteolitik terdegradasi pada TIMP-1 pada matrixekstraselular dan membran janin akan terjadi seiring mendekatnya dengan waktu persalinan, termasuk adanya peningkatan degradasi proteolitik ini. Peningkatan MMP terutama pada kasus periodontitis menyebabkan kecenderungan terjadinya KPD.

Sewaktu masa trimester pertama, uterus tidak mengalami pembesaran dengan signifikan, yang berdampak pada kecenderungan selaput ketuban untuk menguat. Hal yang sebaliknya terjadi di masa trimester akhir, dimana adanya gerakan janin, kontraksi rahim dan uterus yang terus membesar dengan signifikan berkontribusi terhadap perubahan biokimia. Hal ini menjadikan kasus KPD muncul, disamping faktor eksternal lain seperti solusio plasenta, serviks inkompeten, polihidramnion dan infeksi atau sepsis (Prawirohardjo, 2016).

2.2.5 Manifestasi Klinis

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, 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 “menganjal” 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).

Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan seperti air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kelahiran yang sebenarnya dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Sari, 2017).

2.2.6 Komplikasi

Adapun pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin menurut Sunarti (2017) yaitu:

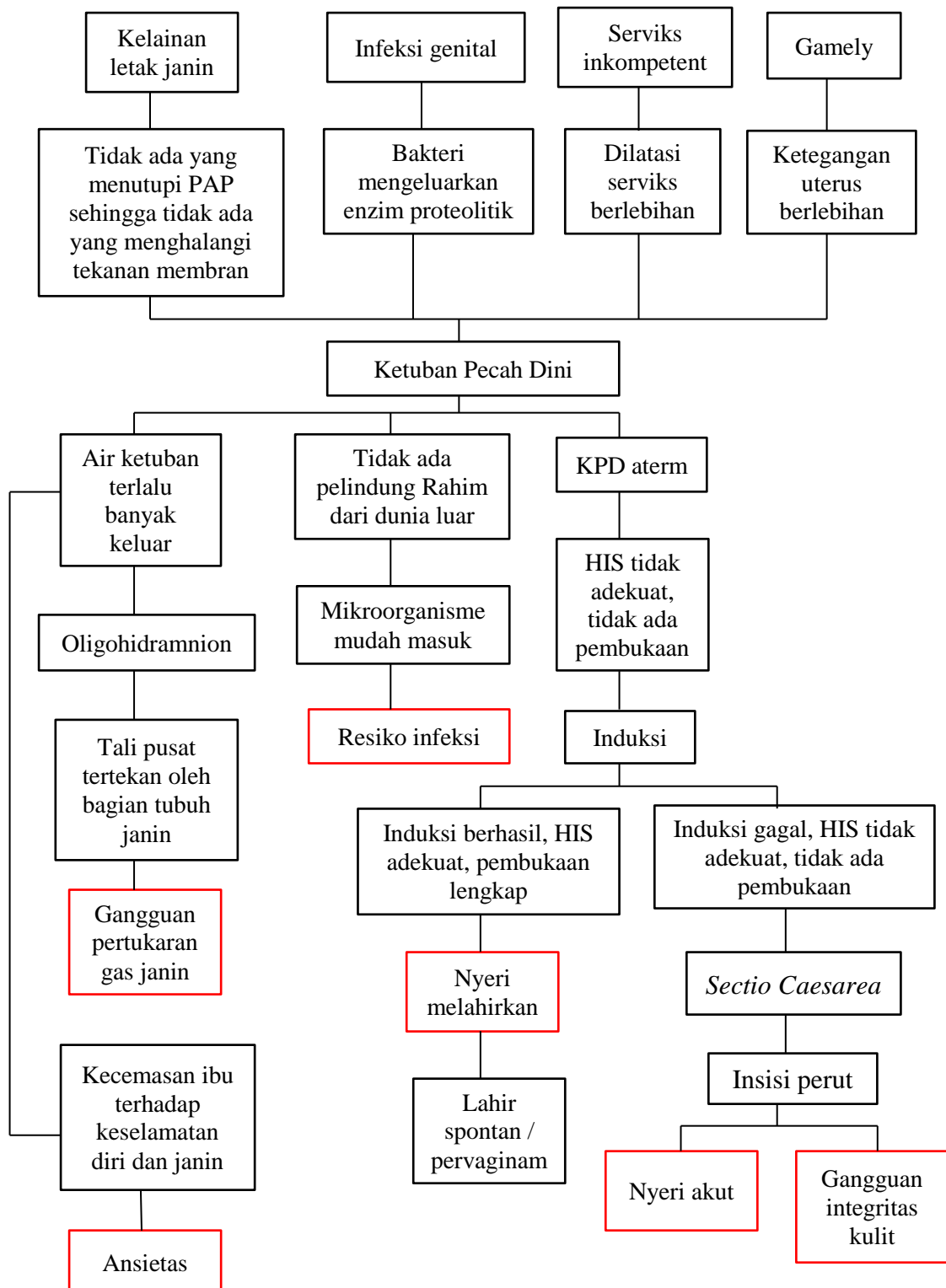
1. Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan. Infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.

2. Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini yaitu prematuritas (sindrom distress pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikuler, enterocolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko *celebral palsy*, hiperbillirubinemia, anemia, sepsis, prolapse funiculi/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolapse uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, *celebral palsy* (perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hypoplasia paru, deformitas ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal.

2.2.7 WOC



Gambar 2. 1 WOC Ketuban Pecah Dini + Sectio Caesarea Atas Indikasi Gagal Induksi

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan laboratorium
 - a. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya.
 - b. Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina.
 - c. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis) dan jika kertas lakmus berubah menjadi merah menunjukkan urine. PH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
 - d. Mikroskopik (tes pakis).
2. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)
 - a. Pemeriksaan ini di maksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
 - b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion
 - c. *Amniotic Fluid Index* (AFI) : Nilai normal AFI adalah 5 hingga 25 cm.

2.2.9 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan KPD menurut Prawirohardjo (2016) sebagai berikut:

1. Konservatif
 - a. Perawatan di fasilitas kesehatan
 - b. Pembrian antibiotic (eritromisin, ampisilin dan metronidazole).

- c. Perawatan dilakukan hingga tidak keluar lagi cairan ketuban usia kehamilan <32.
 - d. Pemberian dexametason jika tes busa negatif, tidak ada infeksi dan belum impart pada usia kehamilan 32-37 minggu, termasuk pemantauan tanda infeksi dan kondisi janin.
 - e. Kehamilan 37 minggu dilakukan terminasi.
 - f. Pemberian antibiotik jika didapat tanda ineksi pada usia kehamilan 32 sampai 37 minggu.
 - g. Pemberian steroid guna proses pematangan paru, dengan betametason dan dexametason. Pemeriksaan kadar lesitin dan spingomielin per minggu jika memungkinkan direkomendasikan untuk dilakukan.
2. Aktif
- a. Pemberian oksitosin atau misoprotol intravaginal sebagai induksi pada usia kehamilan >37 minggu, sementara kegagalan induksi harus ditangani dengan SC. Pemberian antibiotik dosis tinggi dapat dilakukan jika ditemui tanda infeksi dengan tindakan persalinan diakhiri.
 - b. Induksi dapat dilakukan jika skor pelvic di atas 5, jika dibawah maka harus dilakukan pematangan sebelum induksi. Kegagalan induksi dapat diatasi dengan SC.

2.3 Konsep Induksi Persalinan

2.3.1 Pengertian

Induksi persalinan adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan merangsang timbulnya his. Induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm dalam

keadaan belum terdapat tanda tanda persalinan atau belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur di atas 28 minggu) (Ridayanti, 2017).

2.3.2 Indikasi Induksi

Indikasi untuk dilakukan induksi persalinan antara lain sebagai berikut (Reni & Sunarsih, 2017):

1. Faktor ibu tergantung derajat penyakit
 - a. *Preeklamsia* berat yang tidak membaik dengan terapi obat-obatan
 - b. Diabetes melitus
2. Faktor janin
 - a. Janin mati dalam kandungan (IUFD : *Intra Uterine Fetal Death*)
 - b. Pertumbuhan janin terhambat/PJT (IUGR : *Intra Uterine Growth Retardation*)
 - c. Inkompatibilitas rhesus
3. Keadaan kehamilan
 - a. *Prolonged pregnancy* (usia kehamilan >41 minggu)
 - b. Ketuban pecah dini (KPD) (usia kehamilan >34 minggu)
 - c. Amnionitis atau *chorioamnionitis*
 - d. Solusio plasenta
 - e. Partus tak maju

2.3.3 Kontraindikasi Induksi

Kontraindikasi induksi serupa dengan kontraindikasi untuk menghindari persalinan spontan. Faktor janin meliputi meliputi *makrosomia* yang besar, getasi janin lebih dari satu, hidrosefalus berat, malpresentasi, atau status janin yang

meresahkan. Beberapa kontraindikasi ibu berkaitan dengan tipe insisi uterus sebelumnya, anatomi panggul yang terdistorsi atau sempit, plasentasi abnormal, dan kondisi seperti infeksi herpes genital aktif atau kanker serviks (Reni & Sunarsih, 2017).

2.3.4 Metode Induksi

Induksi partus dapat dilakukan dengan berbagai cara, yaitu :

1. Cara kimiawi

Yaitu dengan cara memberikan obat-obatan yang merangsang timbulnya his.

a. Oksitosin drip

Pemberiannya dapat secara suntikkan intramuskular, intravena, infus tetes, yang paling baik dan aman adalah pemberian infus tetes (drip) karena dapat di atur dan di awasi efek kerjanya. Cara:

- 1) Kandung kemih dan rektum terlebih dahulu dikosongkan.
- 2) Masukkan oksitosin 5 unit ke dalam 500 cc Dektrosa 5% atau NaCl 0,9% dan diberikan per infus dengan kecepatan pertama 10 tetes per menit (Ridayanti, 2017).
- 3) Kecepatan dapat dinaikkan 4 tetes setiap 15 menit sampai tetes maksimal 40 tetes per menit (Reni & Sunarsih, 2017).
- 4) Oksitosin drip akan lebih berhasil jika nilai pelvis di atas 5 dan dilakukan amniotomi (Ridayanti, 2017).

b. Pemberian larutan hipertonik intraamnion

Cara ini biasanya dilakukan pada kehamilan di atas 16 minggu dimana rahim sudah cukup besar. Secara amniosentesis ke dalam kantong amnion yaitu di masukkan larutan garam hipertonik atau larutan gula hipertonik (larutan garam

20% atau larutan glukosa 50%) sebagai iritasi pada amnion, dengan harapan akan terjadi his. Cairan amnion dikeluarkan dahulu, sebagai gantinya dimasukkan cairan hipertonik (Ridayanti, 2017).

c. Pemberian prostaglandin

Prostaglandin dapat merangsang otot-otot polos termasuk juga otot-otot rahim, prostaglandin yang spesifik untuk merangsang otot rahim ialah PGE2 dan PGF2 alpha. Untuk induksi persalinan prostaglandin dapat diberikan secara intravena, oral, vaginal, rektal dan intra amnion. Pengaruh sampingan dari pemberian prostaglandin ialah mual, muntah, diare (Ridayanti, 2017).

2. Cara mekanis

a. Melepaskan selaput ketuban (stripping of the membrane)

Menggunakan jari yang dapat masuk kedalam kanalis servikalis selaput ketuban yang melekat dilepaskan dari dinding uterus sekitar ostium uteri internum. Cara ini akan lebih berhasil bila serviks sudah terbuka dan kepala sudah turun. Saat bersamaan turunnya kepala dan lepasnya selaput ketuban, selaput ini akan lebih menonjol sehingga akan menekan pleksus Frankenhauser yang akan merangsang timbulnya his dan terbukanya serviks (Prawirohardjo, 2016).

b. Memecahkan ketuban (amniotomi)

Hendaknya ketuban baru dipecahkan kalau memenuhi syarat sebagai berikut :

- 1) Serviks sudah matang atau skor pelvis di atas 5
- 2) Pembukaan kira-kira 4-5 cm
- 3) Kepala sudah memasuki pintu atas panggul. Biasanya setelah 1-2 jam pemecahan ketuban diharapkan his akan timbul dan menjadi lebih kuat.

Adapun cara amniotomi adalah lakukan stripping selaput ketuban terlebih dahulu, lalu pecahkan ketuban dengan memakai setengah kocher atau alat khusus pemecah ketuban. Kepala janin didorong masuk pintu atas panggul.

c. Dilatasi serviks uteri

Dilatasi serviks uteri dapat dikerjakan dengan memakai gagang laminaria dan dilatator (busi) Hegar. Pada beberapa kasus diperlukan pembukaan kanalis servikalis yang lebih besar (misalnya pada primigravida) untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Cara:

- 1) Tahap pertama pasang gagang laminaria: Masukkan 2-3 gagang laminaria ke dalam kanalis servikalis dengan ujung atas masuk dalam cavum uteri dan ujung bawah dalam vagina, lalu masukkan tampon kasa dalam vagina. Sifat alat ini adalah hidroskopis-menarik air menjadi gembung perlahan-lahan sehingga membuka kanalis servikalis. Gagang ini sebaiknya di pasang dari jam 6 atau 7 malam hari dan setelah 12 jam, jadi pada besok pagi hari jam 6 atau 7 laminaria dikeluarkan.
- 2) Tahap kedua bila pembukaan belum cukup besar, dapat dilakukan dilatasi dengan busi Hegar sampai pembukaan yang dikehendaki tercapai.
- 3) Tahap selanjutnya adalah melakukan pengeluaran isi kavum uteri dengan cunam abortus atau dengan alat kuret. Bahaya yang mungkin mengancam adalah infeksi dan perdarahan, jika rahim sedikit besar berikan terlebih dahulu uterus tonika untuk mencegah perdarahan.

3. Cara kombinasi kimiawi dan mekanis

Cara kombinasi kimiawi dan mekanis dalam memakai cara kombinasi antara cara kimiawi diikuti dengan cara mekanis, misalnya amniotomi dengan pemberian

oksitosin drip atau pemecahan ketuban dengan pemberian prostaglandin per oral dan sebagainya. Pada umumnya, cara kombinasi memiliki angka keberhasilan yang lebih tinggi, jika induksi partus gagal, sedangkan ketuban sudah pecah dan pembukaan serviks tidak memenuhi syarat untuk pertolongan operatif per vaginam, satu satunya jalan adalah mengakhiri kehamilan dengan seksio sesarea (Sari, 2017).

2.3.5 Komplikasi

1. Terhadap ibu
 - a. Kegagalan induksi
 - b. Kelelahan ibu dan krisis emosional
 - c. Inersia uteri dan partus lama
 - d. Tetania uteri (*tamultous labor*) yang dapat menyebabkan solusio plasenta, ruptur uteri dan laserasi jalan lahir lainnya
 - e. Infeksi intrauterin.
2. Terhadap janin
 - a. Trauma pada janin oleh tindakan,
 - b. Prolapsus tali pusat
 - c. Infeksi intrapartal pada janin (Sari, 2017)

2.4 Konsep Sectio Caesarea

2.4.1 Pengerian

Sectio Caesarea adalah jalan alternative menyambut kelahiran bayi melalui operasi praktis. Pembedahan dilakukan pada perut dan Rahim ibu. *Section Caesarea* dilakukan sebagai tindakan penyelamatan terhadap kasus kasus persalinan normal yang berbahaya, oleh karena itu tindakan ini hanya dilakukan

ketika proses persalinan alaminya melalui vagina tidak memungkinkan karena resiko medis tertentu (Indiarti & Wahyudi, 2016). *Section Caesarea* adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru, 2015).

Section Caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dalam Rahim (Ayuningtyas et al., 2018).

2.4.2 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, disproporsi janin atau panggul, memiliki riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primiravida, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM). Gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress atau gawat janin, mal presentasi dan malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil (Indiarti & Wahyudi, 2016).

Faktor *Sectio Caesarea* diatas dapat diuraikan sebagai berikut:

1. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Chepalo Pelvik Disproportion adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

2. PEB (*Pre Eklamsi Berat*)

Pre eklamsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya timbul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih.

3. KPD (*Ketuban Pecah Dini*)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu, sebagian besar ketuban pecah dini pada hamil aterm diatas 37 minggu.

4. Bayi Kembar

Kelahiran bayi kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

6. Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri.

Indikasi *Sectio Caesarea* darurat (CITO):

1. Induksi yang gagal
2. Prolaps tali pusat
3. Perdarahan
4. Fetal distress
5. Preeklamsia berat
6. Gawat janin

2.4.3 Klasifikasi

Klasifikasi *Sectio Caesarea* menurut Solehati & Kosasih, (2015) terdapat dua jenis SC yaitu:

1. *Sectio Caesarea* klasik atau korporal

Ciri dari *Sectio Caesarea* klasik ini adalah dengan panjang sayatan kira-kira 10 cm yang memanjang pada korpus uteri.

2. *Sectio Caesarea* transperitonealis profunda

Ciri *Sectio Caesarea* transperitonealis profunda adalah sayatan yang melintang konkaf di segmen bawah rahim yang panjangnya kira-kira 10 cm.

Selain itu, terdapat juga jenis *Sectio Caesarea* yang lain yaitu:

1. *Sectio Caesarea* ekstra peritoneal

Sectio Caesarea jenis ini dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal. Akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi, pembedahan ini sekarang tidak lagi bahaya dilakukan.

2. *Sectio Caesarea* hysterectomy

Tindakan ini dilakukan pada indikasi Atonia Uteri, Plasenta Accrete, Myoma Uteri, infeksi intra uteri berat.

2.4.4 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *Sectio Caesarea* adalah:

1. Hitung darah lengkap, golongan darah (ABO) dan percocokan silang, serta tes coombs
2. Urinalis : menentukan kadar albumin/glukosa
3. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simleks tipe II
4. Pelvimetri : menentukan CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)
5. Amniosentesis : mengkaji maturitas paru janin
6. *Ultrasonografi* : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
7. Tes stress kontraksi atau tes non-stres: mengkaji respon janin terhadap gerakan/pola abnormal
8. Pemantauan elektronik kontinu : memastikan status janin/aktivitas uterus (Aspiani, 2017).

2.4.5 Komplikasi

Berikut adalah komplikasi yang dapat terjadi pada klien post *Sectio Caesarea* yaitu, infeksi, perdarahan dan komplikasi lanjutan, infeksi komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti peritonitis, sepsis. Perdarahan yang banyak bisa timbul pada saat waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka maka terjadi komplikasi lain, seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru. Komplikasi lanjutan, yaitu kurang kuatnya perut pada dinding uterus sehingga

pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* klasik (Solehati & Kosasih, 2015).

2.4.6 Penatalaksanaan Medis

1. Analgesik

Wanita dengan ukuran tubuh rata rata dapat disuntik 75 mg meperidin (IM) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10mg morfin.

- b. Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg
- c. Wanita dengan ukuran besar, dosis yang diberikan adalah 100 mg meperidin
- d. Obat obat antiemetik, misalnya protasin 25mg biasanya diberikan bersamaan dengan pemberian preparat narkotik.

2. Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output jauh dibawah 30ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lama pada hari kedua.

3. Laboratorium

Secara rutin hematocrit diukur pada pagi setelah operasi hematocrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

4. Vesika urinaris dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama, setelah hari kedua bising usus masih lemah dan usus baru aktif kembali pada hari ke tiga (Aspiani, 2017).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Dini

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam melakukan asuhan keperawatan secara keseluruhan. Pengkajian terdiri dari tiga tahapan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data atau analisa dan perumusan diagnosa keperawatan.

1. Biodata identitas klien: faktor predisposisi KPD adalah usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, keadaan sosial ekonomi, kelelahan ibu dalam bekerja, infeksi, selaput ketuban yang abnormal, multigraviditas/paritas, perdarahan antepartum, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya, riwayat ketuban pecah dini sebelumnya, kesempitan panggul (Puspitaningrum, 2022)
2. Riwayat kehamilan 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 (Metti, 2021).
3. Riwayat keluhan/masalah saat ini: Keluhan utama yang dialami pasien KPD adalah dengan keluarnya air ketuban terus menerus melalui vagina (Puspitaningrum, 2022)

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, 2021).

5. Pemeriksaan fisik khusus

a. Kepala

Rambut: warna rambut hitam, tidak ada benjolan, rambut tidak rontok, tidak ada ketombe. Mata: kelopak mata simetris, tidak ada odema kanan dan kiri, konjungtiva merah muda kanan dan kiri, sklera putih keabuan kanan dan kiri. Hidung: simetris terdapat sekret tidak ada polip. Mulut dan gigi: lidah bersih gusi tidak epulis, gigi tidak caries. Telinga: tidak ada serumen. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar linfe dan fena jugularis. Axilla: tidak ada pembesaran linfe kanan dan kiri

b. Dada

Payudara: ada pembesaran kanan dan kiri, payudara simetris, papila mammae menonjol kanan dan kiri, tidak ada benjolan atau tumor kanan dan kiri, striae tidak ada

c. Abdomen

1) Inspeksi: terdapat pembesaran, linea alba, linea nigra, bekas luka operasi tidak ada, striae livide tidak ada, striae albican.

- 2) Palpasi: otot uterus teraba tegang, Leopold I: untuk mengetahui TFU dan teraba apa di fundus, Leopold II: untuk mengetahui letak punggung dan bagian terkecil janin, Leopold III: untuk mengetahui bagian terbawah, Leopold IV: janin apakah sudah masuk PAP, TFU: setinggi pusat-pertengahan px-pusat
- 3) Auskultasi: DJJ, tempat: kiri/kanan bawah pusat, frekuensi: 120-160x/menit, teratur/tidak: teratur

d. Genetalia

Keadaan perineum: utuh / ada bekas luka parut atau tidak, warna vulva: kemerahan atau merah kebiruan, pengeluaran pervaginam: ada, pembengkakan kelenjar bartolini: tidak ada, odema : tidak ada, anus: tidak ada hemoroid

e. Ekstremitas

Odema: terdapat odema kaki kanan dan kiri, varises: tidak terdapat varises, simetris: kaki kanan dan kiri

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (**SDKI D.0080 hal 180**)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (kontraksi uterus) (**SDKI D.0077 hal 172**)
3. Resiko infeksi (**SDKI D.0142 hal 304**) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D.0080 hal 180)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018):

- a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- b. Gelisah menurun
- c. Tegang menurun (SLKI L.0993 hal 132)

Intervensi Reduksi ansietas:

Observasi:

- a. Monitor tanda tanda ansietas

Terapeutik:

- b. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- c. Pahami situasi yang membuat ansietas

Edukasi:

- d. Informasikan secara faktual mengenai diagnostik, pengobatan dan prognosis
- e. Latih teknik relaksasi (SIKI I.09314 hal 387)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (kontraksi uterus) (SDKI D.0077 hal 172)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan dapat beradaptasi dengan tingkat nyeri dengan kriteria hasil:

- a. Keluhan nyeri adekuat
- b. Meringis menurun
- c. Gelisah menurun (SLKI L.08066 hal 145)

Intervensi Manajemen Nyeri:

Observasi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri

Terapeutik:

- c. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)
- d. Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

- e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) (SIKI I.08238 hal 201)
3. Resiko infeksi (SDKI D.0142 hal 304)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan kontrol resiko meningkat dengan kriteria hasil:

- a. Kemampuan mencari informasi tentang factor resiko meningkat
- b. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat
- c. Kemampuan mengubah perilaku meningkat (SLKI L.142128 hal 60)

Intervensi Induksi Persalinan:

Observasi:

- a. Identifikasi induksi dilakukan induksi persalinan
- b. Monitor kontraksi uterus
- c. Monitor DJJ selama induksi
- d. Monitor kemajuan persalinan

Terapeutik:

- e. Berikan kenyamanan selama proses induksi

Kolaborasi:

- f. Kolaborasi pemberian obat IV untuk merangsang aktivitas Rahim (SIKI I.07212 hal 121)

2.5.4 Implementasi

Setelah intervensi selanjutnya rencana tindakan tersebut diterapkan dalam situasi yang nyata untuk mencapai tujuan yang dapat langsung memberikan pelayanan kepada ibu maupun pihak keluarga di bawah pengawasan yang masih seprofesi dengan perawat (Mitayani, 2013).

2.5.5 Evaluasi

Kegiatan yang dilakukan seorang perawat untuk membantu seorang pasien terhadap masalah status kesehatan pasien yang dihadapi dengan baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menyajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan masalah utama Ansietas, yang di mulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 26 April 2023 pukul 08.00 WIB dengan data sebagai berikut:

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Pasien Ny.N usia 31 tahun beragama islam, pendidikan terakhir SMA, sebagai ibu rumah tangga, bertempat tinggal di Surabaya, sudah menikah 1 tahun dengan suami Tn. H usia 32 tahun. Ny. N dirawat di VKIGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pasien masuk ke VK IGD pada tanggal 25 April 2023 pukul 13.00 WIB dengan diagnose medis Ketuban Pecah Dini (KPD).

3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini

1. Alasan kunjungan ke rumah sakit

Pasien datang ke rumah sakit karena merasakan keluar cairan dari kemaluan yang keluar pada tanggal 25 April 2023 pukul 08.30 WIB.

2. Keluhan utama saat ini

Pasien mengatakan keluar cairan dari kemaluan dan mengatakan perut sudah kenceng kenceng lebih kuat.

3. Riwayat persalinan saat ini

Kehamilan pasien merupakan kehamilan pertama. Selama kehamilan pasien rutin kontrol ke Puskesmas Jagir Surabaya. Pada trimester I pasien

mengalami mual muntah namun saat memasuki trimester II mual muntah sudah berkurang. Pada tanggal 25 April 2023 pukul 12.30 WIB pasien Ny. N datang ke Ponok IGDA RSPAL Dr. Ramelan Surabaya diantar keluarganya. Setelah dilakukan pengkajian pasien mengatakan jika keluar cairan dari kemaluan pukul 08.30 WIB, saat dilakukan pemeriksaan menggunakan kertas lakmus didapatkan perubahan warna kertas merah menjadi biru diartikan positif ketuban, dari IGDA konsul DPJP dianjurkan untuk MRS, dilakukan cek DL, KK FH. Saat di Ponok oleh bidan dilakukan VT dengan hasil belum ada pembukaan. Pukul 13.00 WIB pasien dipindahkan ke VK IGDA sudah terpasang dari IGDA infus NS 20 tpm dan dilakukan observasi his 2x10 detik dalam 10 menit, DJJ 134x/dopp, lapor dr. Ketut advis cinam 3x1,5mg. Pukul 16.00 WIB diberikan cinam 1,5 gr dalam NS 100cc, dan pasien mengatakan perut sudah kenceng kenceng lebih kuat dari pada biasanya. Pukul 18.00 WIB dilakukan observasi TTV dengan hasil TD: 100/60mmHg, N: 80x/menit, S: 36,3°C, RR: 19x/menit, SPO2: 98%, his 2x20 detik dalam 10 menit, DJJ 145x/dopp. Pada pukul 21.00 WIB dilakukan pemeriksaan his 2x20 detik dalam 10 menit, DJJ 144x/dopp dan dilakukan pemeriksaan VT belum ada pembukaan lalu dilaporkan ke dokter dan dianjurkan induksi. Inform consent pada pasien dan keluarga. Pasien menghendaki induksi. Pada pukul 22.00 WIB dilakukan induksi pertama pemberian terapi misoprostol 50mcq/oral untuk memicu kontraksi. Diberikan terapi cinam 1,5 gr dalam NS 100cc his 2x20 detik dalam 10 menit, DJJ 150x/dopp. Tanggal 26 April pukul 04.00 WIB diberikan induksi kedua misoprostol 50mcq/oral. Pukul 05.00 WIB pembukaan 1 jari

longgar, eff 25% preskep, ket (-) H1, his 1x10 detik dalam 10 menit, DJJ 150x/dopp. Pada saat pengkajian tanggal 26 April 2023 pukul 07.00 WIB didapatkan pasien mengatakan jika keluar cairan dari kemaluan sejak kemarin namun belum ada pembukaan lagi sampai sekarang, pasien mengatakan sudah ada kenceng kenceng dan lebih kuat. Nyeri yang dirasakan P: kontraksi uterus, Q: kenceng kenceng, R: nyeri di perut, S: skala 3 (1-10), T: hilang timbul. Hasil pemeriksaan his 1x10 detik dalam 10 menit, DJJ 130x/dopp, TFU 33 cm, Leopold I: Bagian fundus teraba bulat lebar lembek tidak melenting kesan bokong, Leopold II: Bagian kanan ibu teraba lebar keras seperti papan kesan punggung, bagian kiri kesan ekstremitas, Leopold III: Bagian bawah teraba keras bulat melenting kesan kepala, Leopold IV: Kepala bayi tidak bisa digerakan/digoyangkan yang berarti kepala bayi sudah masuk PAP atau divergen.

4. Diagnose medik

G1P0000 uk 38/39 mg + KPD+ *Pro Cito* SC atas indikasi Gagal Induksi

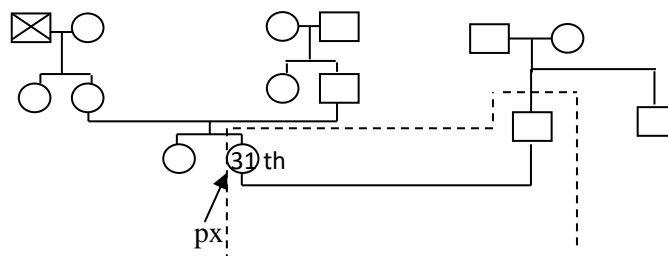
3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Obstetri:

a. Riwayat menstruasi:

Pasien menarache pada usia 13 tahun, sebanyak 4 kali ganti pembalut/hari, dengan siklus teratur, selama 6 hari, keluhan nyeri haid biasa. HPHT pasien tanggal 30 Juli 2022, TP 3 Mei 2023.

b. Genogram :



Ket:

□ : Laki laki, ○ : Perempuan, ---- : Tinggal bersama, ✕ : Meninggal

3.1.4 Riwayat Keluarga Berencana:

Pasien berencana menggunakan KB IUD setelah melahirkan

3.1.5 Riwayat Kesehatan:

Pasien tidak pernah mengalami sakit yang serius. Ibu kandung pasien memiliki riwayat hipertensi.

3.1.6 Riwayat Lingkungan:

Pasien tinggal di perumahan, rumah cukup ventilasi, rumah jauh dari jalan raya, jauh dari pabrik.

3.1.7 Aspek Psikososial:

Pasien senang dengan kehamilan saat ini, kehamilan saat ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari yaitu aktivitas lebih berkurang atau dibatasi. Harapan pasien lahir normal dan lancar. Pasien tinggal bersama suami, dan suami sangat peduli dengan keadaan pasien. Pasien siap menjadi ibu.

3.1.8 Kebutuhan Dasar Khusus: (Selama Hamil)

a. Pola Nutrisi:

Sebelum MRS: Pasien makan 4 x sehari porsi sedang, nafsu makan baik, tidak ada alergi makanan

Saat MRS: Pasien makan 3 x sehari porsi sedang, nafsu makan baik, tidak ada alergi makanan

b. Pola eliminasi:

Sebelum MRS: BAK pasien sebanyak 7 kali/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, hanya sering BAK, BAB pasien sebanyak 1 kali/hari, warna kecoklatan dengan bau khas konsistensi lembek, tidak ada keluhan

Saat MRS: BAK pasien sebanyak 6 kali/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, hanya sering BAK, BAB pasien sebanyak 1 kali/hari, warna kecoklatan dengan bau khas konsistensi lembek, tidak ada keluhan. Eliminasi pasien dibantu keluarga di atas bed dengan pispot.

c. Pola personal hygiene

Sebelum MRS: Pasien mandi 2 kali/hari menggunakan sabun, gosok gigi 2 kali/hari, dan cuci rambut 3 kali/minggu menggunakan shampoo.

Saat MRS: Pasien seka 1 kali/hari menggunakan sabun, gosok gigi 1 kali/hari, dan waktu MRS pasien tidak cuci rambut.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum MRS: Pasien tidur 6 jam/hari, sebelum tidur biasanya pasien menonton TV, keluhan saat tidur malam pasien sering terbangun untuk BAK.

Saat MRS : Pasien tidur 6 jam, keluhan saat tidur malam pasien sering terbangun untuk BAK, terbangun saat cairan ketuban keluar, nyeri punggung saat tidur.

e. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum MRS: Pasien seorang ibu rumah tangga. Saat waktu luang pasien biasanya jalan kaki untuk olahraga ringan 15 sampai 30 menit

Saat MRS: pasien dianjurkan bedrest untuk mengurangi cairan ketuban yang keluar, semua ADL pasien dibantu keluarga.

f. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan: Pasien dan keluarga tidak ada yang merokok, tidak ada yang mengonsumsi minuman keras, tidak ada yang ketergantungan obat.

g. Pola seksualitas

Selama hamil trimester 3 pasien sering melakukan hubungan seksual, namun pasien lupa kapan terakhir kali melakukannya.

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 115/70 mmhg, nadi 70 x/menit, respirasi 19x/ menit, suhu 36,6°C, berat badan 59 kg, tinggi badan 157 cm. IMT 23,6 (normal), BB sebelum hamil 50 kg.

- a. Pemeriksaan kepala bentuk simetris, bersih dan tidak ada lesi serta tidak ada keluhan.
- b. Pemeriksaan kelopak mata tidak ada peradangan, tidak ada lesi dan tidak ada odema, gerakan mata simetris, konjungtiva merah mudah, sclera tidak ikterik, pupil isokor, akomodasi normal, keluhan tidak ada.
- c. Pemeriksaan hidung simetris, tidak ada peradangan, tidak ada kelainan, reaksi alergi tidak ada, tidak ada sinusitis.
- d. Pemeriksaan mulut tidak ada gigi geligi, tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada gusi, tidak ada nyeri telan.

- e. Pemeriksaan dada, pada payudara mammae membesar, areolla mammae hiperpigmentasi, papilla mammae menonjol, colostrum belum keluar.
- f. Pemeriksaan pernapasan tidak ada sumbatan jalan napas, suara napas vasikuler, tidak ada suara napas tambahan, tidak menggunakan alat bantu napas.
- g. Pemeriksaan jantung kecepatan denyut apical 70 x/menit, irama reguler, tidak ada kelainan bunyi jantung S1/S2 tunggal.
- h. Pada abdomen Tinggi Fundus Uterus (TFU) 33cm, ada kontraksi, his 1x10 detik dalam 10 menit, Leopold I: Bagian fundus teraba bulat lebar lembek tidak melenting kesan bokong, Leopold II: Bagian kanan ibu teraba lebar keras seperti papan kesan punggung, bagian kiri kesan ekstremitas, Leopold III: Bagian bawah teraba keras bulat melenting kesan kepala, Leopold IV: Kepala bayi tidak bisa digerakan/digoyangkan yang berarti kepala bayi sudah masuk PAP atau divergen, linea nigra samar, tidak ada striae, fungsi pencernaan baik dan tidak ada masalah.
- i. Pemeriksaan genitorium, perineum utuh tidak ada bekas jahitan, pada vesika urinasria blas tidak teraba kosong, pada vagina tidak ada varises, tampak adanya cairan ketuban, tidak keputihan.
- j. Pemeriksaan integument dan ekstremitas tugor kulit elastis, terpasang infus ditangan kiri, warna kulit sawo matang, tidak ada kontraktur, tidak ada kesulitan dalam bergerak.
- k. Pemeriksaan kesiapan kehamilan dan persalinan pasien tidak pernah mengikuti senam hamil hanya jalan ringan pagi/sore, rencana pasien melahirkan di Rumah Sakit, perlengkapan untuk bayi dan pasien sudah

dipersiapkan, pasien siap untuk menjadi ibu. Untuk pengetahuan pasien sudah mengetahui jika mengalami tanda-tanda persalinan dan proses persalinan.

3.1.10 Riwayat Persalinan Sekarang

1. KALA I

Mulai kontraksi tanggal 25 April 2023 pukul 16.00 WIB. His 1x10 detik dalam 10 menit, kencing kencing hilang timbul, TD: 110/70 mmhg, N: 75x/mnit, S: 36,7c, RR: 20x/menit. Lama kala I 15 jam, pembukaan 1 jari longgar tidak ada perkembangan hingga tanggal 26 April 2023 pukul 07.00 WIB, kondisi psikososial pasien cemas karena tidak ada pembukaan lagi.

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Kemajuan Persalinan

Tanggal / jam 26/4/2023	Kontraksi Uterus	TTV	DJJ	VT
08.00	HIS 1x10	115/80 mmHg 78x/mnt, 36,3c, 20x/mt	130x/dopp	Pembukaan 1cm eff 25% perskep, ket (-), H1

3.1.11 Data Penunjang

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Darah Lengkap dan Kimia Klinik (25 April 2023 14.22 WIB)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	6.50	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
Hitung jenis leukosit			
Eosinophil #	0.09	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 - 0.50
Eosinophil %	1.30	%	0.5 - 5.0
Basophil #	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.10
Basophil%	0.2	%	0.0 - 1.0
Neutrophil#	4.40	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 - 7.00
Neitrofil%	67.70	%	50.0 - 70.0

Limfosit#		1.49	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 - 4.00
Limfosit%		23.00	%	20.0 - 40.0
Monosit#		0.51	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 - 1.20
Monosit %		7.80	%	3.0 - 12.0
IMG#		0.030	$10^3/\mu\text{L}$	0.01 - 0.04
IMG%		0.500	%	0.16 - 0.62
Hemoglobin	L	11.10	g/dL	12 - 15
Hematocrit	L	32.90	%	37.0 - 47.0
Eritrosit	L	3.39	$10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.00
Indeks eritrosit				
MCV		97.2	fmol/cell	80 - 100
MCH		32.8	pg	26 - 34
MCHC		33.8	g/dL	32 - 36
RDW CV		13.8	%	11.0 - 16.0
RDW SD		49.8	fL	35.0 - 56.0
Trombosit		179.00	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
Indeks trombosit				
MPV		11.4	fL	6.5 - 12.0
PDW		16.4	%	15-17
PCT		0.205	$10^3/\mu\text{L}$	0.108 - 0.282
P LCC		66.0	$10^3/\mu\text{L}$	30 - 90
P LCR		36.7	%	11.0-45.0
HEMOSTASIS				
FAAL HEMOSTASIS				
Protombrin Time (PT)				
Pasien PT		11.6	Detik	11 - 15
APTT				
Pasien APTT		30.5	Detik	26.0 - 40.0
INR	L	0.80	Detik	1.00 - 2.00
KIMIA KLINIK				
DIABETES				
Glukosa darah sewaktu	L	80	mg/dL	< 200
FUNGSI GINJAL				
Kreatini	L	0.5	mg/dL	0.6 - 1.5
BUN	L	6	mg/dL	10 - 24
ELEKTROLIT & GAS DARAH				
Natrium		139.50	mEq/L	135 - 147
Kalium		4.35	mmol/L	3.0 - 5.0
NST		NORMAL		

Tabel 3. 3 Terapi Farmakologis (25 April 2023)

Nama	Aturan	Rute	Indikasi
Inf NS	1000cc/24jam	IV	Cairan
Cinam	1,5gr	IV	Antibiotik
Misoprostol	50 mq	Oral	Memicu kontraksi uterus

3.2 ANALISA DATA

Tabel 3. 4 Analisa Data Ny. N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito* SC atas indikasi Gagal Induksi

Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah/Problem
<p>DS: Pasien mengatakan cemas karena ketuban sudah pecah namun kontraksi jarang dan pembukaan tidak bertambah</p> <p>DO : Pasien terlihat gelisah, dan tegang, pasien sering menanyakan apakah bayinya tidak apa apa</p>	Krisis situasional	Ansietas (SDKI D.0080 hal 180)
<p>DS : -Pasien mengatakan nyeri kontraksi P : Terdapat kontraksi uterus Q : Nyeri kenceng kenceng R : Perut S : 3 T : Nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>DO : Pasien terlihat menahan nyeri, sedikit meringis, perut pasien teraba keras saat kontraksi</p>	Kontraksi uterus	Nyeri Melahirkan (SDKI D.0077 hal 172)
<p>Faktor Risiko: ketuban pecah dini</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketuban pecah >24 jam - Terlihat cairan keluar dari vagina - Pemeriksaan kertas lakmus merah berubah biru, positif ketuban 		Resiko infeksi (SDKI D.0142 hal 304)

3.3 DIAGNOSIS KEPERAWATAN PRIORITAS

1. Resiko infeksi (**SDKI D.0142 hal 304**)
2. Nyeri melahirkan berhubungan dengan kontraksi uterus (**SDKI D.0077 hal 172**)
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (**SDKI D.0080 hal 180**)

3.4 INTERVENSI

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan Ny. N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD+ *Pro Cito* SC atas indikasi Gagal Induksi

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Resiko infeksi (SDKI D.0142 hal 304)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam maka diharapkan control resiko meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mencari informasi tentang factor resiko meningkat 2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat 3. Kemampuan mengubah perilaku meningkat (SLKI L.142128 hal 60)	Induksi Persalinan: Observasi: 1. Identifikasi indikasi dilakukan induksi persalinan 2. Monitor kontraksi uterus 3. Monitor DJJ selama induksi 4. Monitor kemajuan persalinan Terapeutik: 5. Berikan kenyamanan selama proses induksi Kolaborasi: 6. Kolaborasi pemberian obat untuk merangsang aktivitas Rahim (SIKI I.07212 hal 121)	1. Untuk mengetahui tindakan induksi yang sesuai 2. Mengetahui kemajuan persalinan 3. Mengetahui kondisi janin 4. Mengetahui kemajuan persalinan 5. Untuk kenyamanan 6. Untuk tindakan induksi
2.	Nyeri Melahirkan berhubungan dengan kontraksi uterus (SDKI D.0077 hal 172)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam maka diharapkan dapat beradaptasi dengan tingkat nyeri dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri adekuat 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri: Observasi: 1. Pada persalinan dilakukan observasi CHBP (Cortonen, His, Penurunan bagian terendah dan Bandle) Terapeutik:	1. Mengetahui kemajuan persalinan 2. Mengurangi nyeri 3. Mengurangi nyeri tanpa obat

		3. Gelisah menurun (SLKI L.08066 hal 145)	2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) (SIKI I.08238 hal 201)	
3.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D.0080 hal 180)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Gelisah menurun 3. Tegang menurun (SLKI L.0993 hal 132)	Reduksi ansietas: Observasi: 1. Monitor tanda tanda ansietas Terapeutik: 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas Edukasi: 4. Informasikan secara faktual mengenai diagnostik, pengobatan dan prognosis 5. Latih teknik relaksasi (SIKI I.09314 hal 387)	1. Mengetahui tingkat kecemasan 2. Untuk menumbuhkan kepercayaan agar menceritakan kecemasannya 3. Mengetahui penyebab kecemasan 4. Untuk memberitahukan kondisi sebenarnya 5. Untuk mengurangi kecemasan

3.5 IMPLEMENTASI

Tabel 3. 6 Implementasi Ny. N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito* SC atas indikasi Gagal Induksi

No. DX	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	Evaluasi Formatif SOAP/Catatan Perkembangan	Paraf
1,2,3	26/4/2023 07.45 WIB	Timbang terima dengan dinas malam K/u pasien baik, terpasang infus NS 14 Tpm, his 1x10 detik dalam 10 menit, DJJ 150x/dopp	<i>SP</i>			
2,3	08.00	Menciptakan suasana terapeutik dengan mendengar aktif keluhan kecemasan pasien Memberikan waktu pasien saat visite dokter untuk mendapatkan penjelasan tentang prognosis penyakit dan tindakan selanjutnya Mengajarkan pasien manajemen nyeri : - Mengajarkan keluarga memijat punggung pasien - Mengajarkan posisi yang nyaman miring ke kiri - Mengajarkan teknik relaksasi dengan mengambil nafas dalam dari hidung dan dikeluarkan lewat mulut	<i>SP</i>			

1,2	08.05	Mengobservasi his 1x10 detik dalam 10 menit dan DJJ 130x/dopp Evaluasi VT pembukaan 1 jari longgar, eff 25%, perskep, ket (-), H1	<i>SP</i>			
1,2	08.30	Mengobservasi his 1x10 detik dalam 10 menit dan DJJ 134x/dopp	<i>SP</i>			
1,2	09.00	Mengobservasi his 1x10 detik dalam 10 menit dan DJJ 145x/dopp	<i>SP</i>			
1,2	09.30	Mengobservasi his 1x10 detik dalam 10 menit dan DJJ 135x/dopp	<i>SP</i>			
1,2	10.00	Mengobservasi his 1x10 detik dalam 10 menit dan DJJ 130x/dopp Pemberian terapi Misoprostol 50mcq/oral ke tiga	<i>SP</i>			
2	10.30	Memberikan injeksi Cinam 1,5gr dalam drip NS 100CC	<i>SP</i>			
2	10.35	Evaluasi VT pembukaan 1 jari longgar, eff 25% perskep, ket (-), H1	<i>SP</i>			
2	10.40	Berkolaborasi dengan dokter DPJP mengenai kondisi pasien dan dinyatakan induksi gagal karena tidak	<i>SP</i>			

		ada kemajuan pembukaan, Advis cito SC				
3	10.45	Menjelaskan kondisi ke pasien jika tetap tidak pembukaan harus dilakukan tindakan SC	<i>SP</i>			
3	10.50	Pasien setuju untuk tindakan SC Mengobservasi TTV	<i>SP</i>	26/4/2023	Pagi Dx 1: Resiko infeksi S: Pasien mengatakan cairan ketuban yang keluar berkurang	<i>SP</i>
1,2,3	10.55	TD: 115/71 mmHg N: 70x/menit S: 36,6c RR: 19x/menit SPO2: 99% HIS 1x10 detik dalam 10 menit dan DJJ 130x/dopp	<i>SP</i>	11.00 WIB	O: Cairan ketuban yang keluar lebih sedikit, putih jernih sedikit berlendir A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan, pasien SC	
3	11.00	Melakukan informconcent tindakan SC dan tindakan pembiusan kepada pasien	<i>SP</i>		Pagi Dx 2: Nyeri Melahirkan berhubungan kontraksi uterus S: Pasien masih mengatakan nyeri skala 3, dan hilang timbul P: Terdapat kontraksi uterus Q: Nyeri kenceng kenceng R: Perut S: 3 T: Nyeri dirasakan hilang timbul	
1,2,3	11.05	Pasien puasa, melakukan pencukuran rambut pubis, melepas semua pakain pasien dan mengganti dengan baju operasi Menyiapkan alat untuk dibawa ke ruang OK : Set resusitasi, Doppler, incubator	<i>SP</i>	11.00		<i>SP</i>

		transport, tabung oksigen, set baju bayi, kendi Lapor dr. anastesi, dr. sp.anak, ruang NICU, ruang F1, ruang OK			O: Pasien terlihat sudah bisa beradaptasi dengan nyeri, dan bisa menerapkan teknik napas dalam saat muncul kontraksi.	
1,2,3	11.10	Pasien dipindah ke ruang OK Melakukan timbang terima DJJ 143x/dopp	<i>SP</i>		A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
1,2,3	11.15	Pasien masuk OK, sudah terpasang infus RL	<i>SP</i>		<u>Pagi</u> Dx 3: Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	
1	11.20	Dilakukan tindakan pembiusan pada pasien	<i>SP</i>	11.00	S: Pasien mengatakan cemas berkurang karena sudah paham kondisinya.,	<i>SP</i>
2	11.25	Dilakukan tindakan aseptik bagian perut yang akan di insisi	<i>SP</i>		O: Gelisah pasien berkurang, pasien menerima tindakan SC dan ingin tindakan yang terbaik	
3	11.30	INTRA SC Pembedahan dimulai	<i>SP</i>		A: Masalah sudah teratasi P: Intervensi dihentikan	
1,2,3	12.05	Bayi lahir berjenis kelamin laki laki, APGAR skor 7-8, bayi menangis keras, air ketuban jernih, bayi di bersihkan, dihangatkan, di letakan di infant warmer, di lakukan suction keluar cairan sedikit dan jernih, tali pusat ditutup kasa, lalu di bedong.	<i>SP</i>			

		<p>Bayi diantar ke VK IGD BB: 3025gr PB: 51cm LK: 33cm Diberi salep mata, di injeksi VIT K, inj HB0 Bayi RG</p>		12.50	<p>POST SC S: Pasien mengatakan nyeri kontraksi sudah tidak ada, namun badan terasa lemas masih susah digerakan dan kebas.</p> <p>O: Kekuatan otot kaki pasien menurun. Terlihat ada luka insisi di bagian perut bawah tertutup kasa dan ada sedikit rembesan darah</p> <p>A: Masalah keperawatan pre sc nyeri melahirkan sudah teratasi. Post SC Masalah keperawatan baru yang muncul : - Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (anastesi) - Gangguan integritas kulit b.d factor mekanik (insisi post SC)</p>	<i>SP</i>
1,2,3	12.10	Plasenta lahir dengan tarikan ringan oleh dokter 10 menit setelah bayi lahir	<i>SP</i>			
1,2,3	12.15	Pemasangan IUD	<i>SP</i>			
1,2,3	12.20	Pasien diobservasi perdarahan insisinya, lalu dilakukan penjahitan	<i>SP</i>			
1,2,3 1,2,3	12.50	<p>Operasi selesai, pasien perawatan RR Observasi TTV TD: 110/70mmHg N: 80x/menit S: 36,8c SPO2: 99% RR: 20x/menit Luka insisi tertutup kasa, ada rembesan darah sedikit Lama anastesi: 2 jam GCS 456</p>	<i>SP</i>			

1	14.00	Pasien diantar ke F1	<i>SP</i>		<p>P : Intervensi masalah baru dilanjutkan di ruang F1 Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (anastesi) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor lokasidan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 2. Sediakan lingkungan nyamandan rendh stimulasi 3. Anjurkan tirah baring 4. Anjurkan melakukan secara aktivitas bertahap 5. Ajarkan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur dan disisi tempat tidur) <p>Gangguan integritas kulit b.d factor mekanik (insisi post SC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV 2. Monitor kondisi luka dan balutan 3. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 4. Ajarkan latihan ekstremitas,perubahan posisi 5. Anjurkan mengkonsumsi nutrisi TKTP 	
---	-------	----------------------	-----------	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab 4 berisi tentang pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya yang dilaksanakan tanggal 26 April 2023. Menggunakan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi yang diangkat sebagai kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan.

4.1 Pengkajian

1. Identitas

Hasil pengkajian tentang identitas didapatkan pasien Ny.N usia 31 tahun, sebagai ibu rumah tangga, hal ini terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus dimana pada tinjauan pustaka menurut Puspitaningrum (2022) faktor predisposisi KPD adalah usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, kelelahan ibu dalam bekerja, multigraviditas/paritas, persalinan preterm sebelumnya, dan riwayat ketuban pecah dini sebelumnya. Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya KPD diantaranya pola seksual yang tidak tepat yaitu frekuensi >3 kali seminggu, posisi yang salah dan penetrasi yang terlalu dalam (Handayani et al., 2017). Pada kasus ini terjadinya KPD dapat dikarenakan pola seksual pasien yang kurang tepat.

2. Status kesehatan saat ini

Hasil pengkajian pasien datang ke rumah sakit karena merasakan keluar cairan dari kemaluan yang keluar, saat di lakukan pemeriksaan menggunakan kertas lakmus didapatkan perubahan warna kertas merah menjadi biru diartikan positif ketuban. Pasien diberikan antibiotic cinam 1,5 gr dalam NS 100cc. Dilakukan pemeriksaan VT belum ada pembukaan dan dianjurkan induksi. Pasien menghendaki induksi pemberian terapi misoprostol 50mcq/oral untuk memicu kontraksi hal ini sejalan dengan Reni & Sunarsih (2017) indikasi dilakukannya induksi salah satunya yaitu ketuban pecah dini (KPD) (usia kehamilan >34 minggu) dan partus tak maju. Misoprostol adalah analog oral prostaglandin yang paling banyak digunakan untuk induksi persalinan karena kemampuannya dalam pematangan serviks dan memacu kontraksi miometrium juga dalam usaha pencegahan dan pengobatan perdarahan postpartum karena efeknya yang kuat sebagai uterotonika. Selain itu dari segi ekonomi obat ini tergolong murah dan tahan terhadap suhu tropis sehingga dapat bertahan lama. Pada kasus ini pemberian misoprostol diberikan melalui oral tidak pervaginam karena untuk mengurangi risiko infeksi dimana sudah terjadi ketuban pecah dini.

3. Riwayat obstetri

Pasien menarche pada usia 13 tahun, sebanyak 4 kali ganti pembalut/hari, dengan siklus teratur, selama 6 hari, keluhan nyeri haid biasa. HPHT pasien tanggal 30 Juli 2022, TP 3 Mei 2023. Pasien berencana menggunakan KB IUD. KB IUD sangat efektif dan reversible untuk penggunaan jangka panjang (dapat sampai 10 tahun) dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi (Oktya, 2021). Kontrasepsi non hormonal seperti IUD dinilai lebih efisien.

Efisiensi yang di maksud 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). Pasien memutuskan IUD pasca plasenta dikarenakan pasien sudah mendapatkan penjelasan pada saat KALA 1 terkait efektivitas kontrasepsi IUD dapat dipasang pasca plasenta dan dapat digugurkan untuk jangka panjang.

4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 115/70 mmhg, nadi 70 x/menit, respirasi 19x/ menit, suhu 36,6c, berat badan 59 kg, tinggi badan 157 cm. IMT 23,6 (normal), BB sebelum hamil 50 kg. Pemeriksaan kelopak mata konjungtiva merah mudah, pada umumnya ibu hamil mengalami anemia fisiologis dimana nilai Hb dibawah normal sehingga menimbulkan tanda konjungtiva anemis (Wicaksono, 2018), namun pada pasien tidak ditemukan konjungtiva anemis didukung dengan nilai Hb 11,10g/dl.

Pada abdomen Tinggi Fundus Uterus (TFU) 33cm, ada kontraksi, his 1x10, Leopold I: Bagian fundus teraba bulat lebar lembek tidak melenting kesan bokong, Leopold II: Bagian kanan ibu teraba lebar keras seperti papan kesan punggung, bagian kiri kesan ekstremitas, Leopold III: Bagian bawah teraba keras bulat melenting kesan kepala, Leopold IV: Kepala bayi tidak bisa digerakan/digoyangkan yang berarti kepala bayi sudah masuk PAP atau divergen, linea nigra samar, tidak ada striae, fungsi pencernaan baik dan tidak ada masalah.

Kelainan letak janin (malpresentation) dapat menjadi salah satu faktor terjadinya KPD 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 KPD (Prihartini et al., 2022). Pemeriksaan leopard pada hasil pengkajian tidak terdapat kelainan letak hal ini dapat diketahui dari pemeriksaan leopard. Pada pemeriksaan kehamilan pemeriksaan leopard sangat penting untuk menentukan letak posisi janin sehingga mengetahui berbagai permasalahan yang disebabkan oleh kelainan letak janin terutama penyebab dari KPD yang disebabkan oleh kelainan letak janin.

Perineum utuh tidak ada bekas jahitan, pada vesika urinaria tidak teraba kosong, pada vagina tidak ada varises, tampak adanya cairan ketuban, tidak keputihan. Pada KPD akan tampak keluar dari vagina dan ibu hamil dapat merasakan hal tersebut. Infeksi keputihan dapat menjadi salah satu penyebab ketuban pecah dini (KPD) (Sale et al., 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 KPD oleh karena itu pentingnya menjaga kebersihan genitalia pada ibu hamil agar tidak terjadi infeksi.

5. Riwayat Persalinan Sekarang

KALA I Mulai kontraksi tanggal 25 April 2023 pukul 16.00 WIB. His 1x10 detik dalam 10 menit, kenceng kenceng hilang timbul, TD : 110/70 mmhg, N :

75x/mnit, S: 36,7c, RR: 20x/mnit. Lama kala I 15 jam, pembukaan 1 jari longgar tidak ada perkembangan hingga tanggal 26 April 2023 pukul 07.00 WIB, konsisi psikososial pasien cemas karena tidak ada pembukaan lagi. KPD 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 et al., 2019). Pada kasus ini pasien tidak mengalami penambahan pembukaan serviks meskipun sudah dilakukan induksi sehingga tindakan selanjutnya yaitu dilakukan *sectio caesarea*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dila et al (2022) terhadap 321 responden yang melakukan persalinan, didapatkan bahwa indikasi medis terbanyak dilakukan Sectio Caesarea yaitu partus tidak maju, ketuban pecah dini, dan adanya riwayat persalinan *Sectio Caesarea*.

6. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada tanggal 25 April 2023 didapatkan hasil Hemoglobin 11.10 g/dl (N: 12 – 15), Hematocrit 32.90 % (N: 37.0 - 47.0), Eritrosit L $3.39 \times 10^6/\mu\text{L}$ (N: 3.50 - 5.00), Leukosit $6.50 \times 10^3/\mu\text{L}$ (N: 4.00 - 10.00). Ibu hamil pada trimester ketiga memiliki kadar hemoglobin yang normal berkisar antara 9,5 – 15,0 g/dL. Pasien yang akan dilakukan tindakan SC transfusi darah tetap dilakukan apabila kadar hemoglobin 7,0 – 10 g/dL. Pada pasien KPD perlu dilakukan untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium terutama darah lengkap guna untuk melihat kadar leukosit dan juga hemoglobin. Kejadian KPD dapat disebabkan oleh infeksi yang ditandai dengan adanya leukositosis. 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 profsilaksis antibiotik (Andalas et al., 2019). Meskipun antibiotik efektif untuk mengobati infeksi namun antibiotik juga menimbulkan respon alergi oleh karena itu perlunya melakukan test alergi sebelum memberikan antibiotik.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Kepewarawan Awal Di Ruang VK Pre SC

1. Resiko infeksi Faktor Risiko: ketuban pecah dini

Ketuban pecah >24 jam, Terlihat cairan keluar dari vagina, Pemeriksaan kertas lakmus merah berubah biru, positif ketuban. 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. Jika KPD >24 jam bakteri vagina dapat naik dan pada beberapa kasus menyebabkan inflamasi membrane janin, tali pusat, dan plasenta (Sale et al., 2020). Apabila hal ini tidak mendapatkan tindakan dengan cepat maka akan bisa menyebabkan sepsis sehingga terjadi kegawatan pada ibu dan janin.

2. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan Kontraksi uterus

Pasien ditegakkan diagnosa nyeri melahirkan karena data subjektif dan objektif memenuhi data mayor dan minor menurut SDKI, yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri kontraksi P: Terdapat kontraksi uterus Q: Nyeri kenceng R: Perut S: 3 T : Nyeri dirasakan hilang timbul. Data objektif: Pasien

terlihat menahan nyeri, sedikit meringis, perut pasien teraba keras saat kontraksi. Nyeri viseral disebabkan oleh kontraksi uterus. 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 memerlukan dukungan, serta edukasi dari perawat untuk agar pasien melewati masa kala 1 dengan baik.

3. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional

Pasien ditegakkan diagnosa ansietas karena data subjektif dan objektif memenuhi data mayor dan minor menurut SDKI, yaitu data subjektif: pasien mengatakan cemas karena ketuban sudah pecah namun kontraksi jarang dan pembukaan tidak bertambah. Data objektif: Pasien terlihat gelisah, dan tegang, pasien sering menanyakan apakah bayinya tidak apa apa. Kehamilan merupakan masa rentan akan risiko terjadinya gangguan psikologis bagi seorang ibu hamil dan salah satu gangguan tersebut adalah kecemasan. Tingkat kecemasan saat kehamilan berbeda-beda pada setiap trimester. Kecemasan merupakan perasaan yang paling lazim dialami oleh ibu hamil saat menjelang persalinan dimana dalam persalian tersebut mengalami hambatan seperti gagal induksi yang harus dilakukan SC. Faktor cemas pasien pre sectio caesarea (SC), seperti pandangan terhadap rasa nyeri saat operasi, takut operasi gagal, pendarahan dan lainnya

(Susanti & Utama, 2022). Solusi ibu hamil yang menghadapi kecemasan antara lain meyakinkan pada ibu jika seluruhnya hendak baik-baik saja, sebab pada ibu yang menghadapi kecemasan dapat meningkatkan hormon adrenalin serta noradrenalin, sehingga timbul ketegangan pada fisik pada diri ibu hamil.

Pada kasus ini tidak ditegakkan diagnosa gangguan pertukaran gas janin dan resiko cedera pada janin. Gangguan pertukaran gas janin tidak ditegakkan karena tidak ditemukan tanda dan gejala gawat janin, DJJ janin dalam batas normal. Sedangkan diagnosa resiko cedera pada janin dengan faktor risiko KPD tidak ditegakkan karena pasien mendapat tindakan induksi dimana syarat dilakukan induksi salah satunya kadar amnion dalam kategori cukup.

Diagnosa Keperawatan Baru Pasca OP SC

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (anastesi)

Pasien ditegakkan diagnosa gangguan intoleransi aktivitas karena data subjektif dan objektif memenuhi data mayor dan minor menurut SDKI, yaitu data subjektif pasien mengatakan namun badan terasa lemas masih susah digerakan dan kebas. Data objektif: Kekuatan otot kaki pasien menurun. Mobilisasi dini tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan penderita. Miring ke kanan dan ke kiri sudah dapat dimulai setelah 6-10 jam setelah pasien sadar dari operasinya, mobilisasi dini dilakukan 24 jam pertama setelah pasien sadar dari operasinya dengan anastesi spinal (Liawati & Novani, 2018).

2. Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanik (insisi post SC)

Pasien ditegakkan diagnosa gangguan integritas kulit karena data subjektif dan objektif memenuhi data mayor dan minor menurut SDKI, yaitu data subjektif

: pasien mengatakan pasca op sc. Data objektif : Terlihat ada luka insisi di bagian perut bawah tertutup kasa dan ada sedikit rembasan darah. Munculnya luka post op tersebut dapat menimbulkan gangguan fisik terhadap pasien. Sehingga, penting untuk dilakukan perawatan secara non farmakologi dan farmakologi seperti menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein, serta perawatan luka untuk mencegah adanya infeksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

3.3 Intervensi Keperawatan

1. Resiko infeksi Faktor Risiko: ketuban pecah dini

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam maka diharapkan control resiko meningkat dengan kriteria hasil: Kemampuan mencari informasi tentang factor resiko meningkat, Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat, Kemampuan mengubah perilaku meningkat. Rencana tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Identifikasi indikasi dilakukan induksi persalinan, 2) Monitor kontraksi uterus, 3) Monitor DJJ selama induksi, 4) Monitor kemajuan persalinan, 5) Berikan kenyamanan selama proses induksi, 6) Kolaborasi pemberian obat untuk merangsang aktivitas Rahim (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan Kontraksi uterus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam maka diharapkan dapat beradaptasi dengan tingkat nyeri dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri adekuat Meringis menurun Gelisah menurun. Rencana tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Pada persalinan dilakukan observasi CHBP (Cortonen, His, Penurunan bagian terendah dan Bandle), 3) Fasilitasi istirahat dan tidur, 4) Ajarkan teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, Gelisah menurun, Tegang menurun. Rencana yang tindakan dilakukan yaitu: 1) Monitor tanda tanda ansietas, 2) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, 3) Pahami situasi yang membuat ansietas, 4) Informasikan secara faktual mengenai diagnostik, pengobatan dan prognosis, 5) Latih teknik relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi dan evaluasi pada Ny. N dilakukan pada tanggal 26 April 2023 yang sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dirumuskan penulis. Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. (Dinarti & Muryanti, 2017).

1. Resiko infeksi Faktor Risiko: ketuban pecah dini

Rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat, dilakukan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien. Implementasi ini dilakukan pada tanggal 26 April 2023. Implementasi keperawatan yang dilakukan berfokus pada monitor

kemajuan partus, monitor DJJ dan HIS, dan dilakukannya induksi mosiprostol peroral.

Evaluasi untuk diagnosa risiko infeksi pada Ny.N setelah dilakukan selama 1 x 4 jam didapatkan bahwa data subjektif pasien mengatakan cairan ketuban yang keluar berkurang. Data objektif: Cairan ketuban yang keluar lebih sedikit, putih jernih sedikit berlendir. Masalah teratasi. Intervensi dihentikan, pasien SC.

2. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan Kontraksi uterus

Rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat, dilakukan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien. Implementasi ini dilakukan pada tanggal 26 April 2023. Implementasi keperawatan yang dilakukan berfokus pada Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk beradaptasi dengan rasa nyeri (relaksasi napas dalam). Dalam persalinan ibu hamil harus beradaptasi dengan nyeri, dimana nyeri harus adekuat untuk menambah pembukaan.

Evaluasi untuk diagnosa nyeri melahirkan pada Ny.N setelah dilakukan selama 1 x 4 jam didapatkan bahwa data subjektif pasien masih mengatakan nyeri skala 3, dan hilang timbul P: Terdapat kontraksi uterus, Q: Nyeri kenceng kenceng, R: Perut, S: 3, T: Nyeri dirasakan hilang timbul. Data objektif: Pasien terlihat sudah bisa beradaptasi dengan nyeri, dan bisa menerapkan teknik napas dalam saat munsul kontraksi. Masalah sudah teratasi. Intervensi dihentikan

3. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional

Rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat, dilakukan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien. Implementasi ini dilakukan pada tanggal 26 April 2023. Implementasi keperawatan yang dilakukan berfokus pada menciptakan

suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, memahami situasi yang membuat ansietas, dan menginformasikan secara faktual mengenai diagnostik, pengobatan dan prognosis. Kehamilan pasien saat ini mengalami KPD dan gagal induksi sehingga tindakan terbaik yang dilakukan yaitu SC.

Evaluasi untuk diagnosa ansietas pada Ny.N setelah dilakukan selama 1 x 4 jam didapatkan bahwa data subjektif pasien mengatakan cemas berkurang karena sudah paham kondisinya. Data objektif Gelisah pasien berkurang, pasien menerima tindakan SC dan ingin tindakan yang terbaik. Masalah sudah teratasi. Intervensi dihentikan.

BAB 5

PENUTUP

Pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien dengan dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD+ *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi di ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, didapatkan beberapa poin yang kemudian dapat ditarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi.

5.1 Simpulan

1. Pengkajian pada Ny.N pada tanggal 26 April di VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi, dengan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis dan GCS: 456. Pada pengkajian pada Ny.N memunculkan masalah keperawatan seperti: Ansietas, nyeri melahirkan dan risiko infeksi. Setelah *Sectio Caesarea* muncul diagnosa baru yaitu intoleransi aktivitas dan gangguan integritas kulit.
2. Diagnosis keperawatan pada Ny.N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi yang telah diprioritaskan oleh penulis menjadi: Risiko infeksi, nyeri melahirkan berhubungan dengan kontraksi uterus, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Setelah *Sectio Caesarea* muncul diagnosa baru yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (anastesi) dan

gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (insisi post SC).

3. Intervensi keperawatan pada Ny.N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi, disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan kriteria hasil untuk setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan dengan kriteria hasil kemampuan mencari informasi tentang factor resiko meningkat, kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat, kemampuan mengubah perilaku meningkat. Rencana tindakan yang dilakukan yaitu : 1) Identifikasi indikasi dilakukan induksi persalinan, 2) Monitor kontraksi uterus, 3) Monitor DJJ selama induksi, 4) Monitor kemajuan persalinan, 5) Berikan kenyamanan selama proses induksi, 6) Kolaborasi pemberian obat untuk merangsang aktivitas Rahim.
4. Implementasi keperawatan pada Ny.N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan monitor kemajuan partus, monitor DJJ dan HIS, dan dilakukannya induksi mosiprostol peroral.
5. Evaluasi keperawatan pada Ny.N dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi setelah dilakukan 1x4 jam. Pada evaluasi tanggal 26 April 2023 pukul 11.00 WIB didapatkan bahwa data subjektif pasien mengatakan cairan ketuban yang keluar berkurang. Data objektif: Cairan ketuban yang keluar lebih sedikit, putih jernih sedikit berlendir. Masalah teratasi. Intervensi dihentikan, pasien SC.

5.2 Saran

1. Bagi rumah sakit

Karya ilmiah akhir ini bisa dijadikan bahan referensi bagi bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi.

2. Bagi Perawat

Diharapkan karya ilmiah akhir ini dapat dijadikan sebagai pedoman atau panduan bagi perawat ruangan dalam memberikan Proses Keperawatan dari Pengkajian sampai dengan Evaluasi pada pasien dengan G1P0000 uk 38/39 mg + KPD + *Pro Cito Sectio Caesarea* atas indikasi Gagal Induksi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan literatur dan menambah referensi pustaka bagi institusi pendidikan,

DAFTAR PUSTAKA

- Amru, S. (2015). *Sinopsis Obstetri*. EGC.
- 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>
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Trans Info Media.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Misnaniarti, & Sutrisnawati, N. N. D. (2018). *Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis*. 14. <https://doi.org/10.1080/14017430510009078>
- Dila, W., Nadapda, T. P., & Sibero, J. T. (2022). Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea Periode 1 Januari – Desember 2019 di RSUD Bandung Medan Factors Related to Sectio Caesarian Delivery for the Period of January 1 – December 2019 at RSUD Bandung Medan. *Journal of Healthcare Technology and Medicine Vol. 8 No. 1 April 2022 Universitas Ubudiyah Indonesia*, 8(1), 359–368. <https://jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/1988>
- Fujiyarti, Wijayanegara, H., & Purbaningsih, W. (2016). Hubungan antara Ketuban Pecah Dini dengan Asfiksia Neonatorum. *Prosiding Pendidikan Dokter*, 694–699.
- Gahwagi, M. M. M., Busarira, M. O., Atia, M., Gahwagi, M. M. M., Busarira, M. O., & Atia, M. (2015). Premature Rupture of Membranes Characteristics, Determinants, and Outcomes of in Benghazi, Libya. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(9), 494–504. <https://doi.org/10.4236/OJOG.2015.59072>
- Handayani, L., Amelia, R., & Sumarni, E. (2017). Hubungan Pola Seksual Ibu Hamil dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KDP) di RSUD dr. h. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*, 8(1), 33–44. <https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/227>
- Hartanto, B., & Joserizal Serudji, D. (2022). Perbedaan Kenaikan Skor Bishop Antara Neutrofil Swab Vagina ≤ 5 Dan > 5 Pada Kehamilan ≥ 41 Minggu Yang Diinduksi Dengan Misoprostol. 41(5).
- Indiarti, & Wahyudi. (2016). *Asuhan Kebidanan Kehamilan Normal*. Surya Pratama.
- Jannah, M. (2018). Hubungan antara Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Kebidanan Akademi Kebidanan Jember*, 2(1), 1–13. <http://e-jurnal-akbidjember.ac.id/index.php/jkakj/article/view/14/9>
- Jumatrin, N. F., Herman, H., & Pane, M. D. (2022). Gambaran Indikasi Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Kota Kendari Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan*, 6(01), 01–05. <https://doi.org/10.46233/jk.v6i01.870>
- Kumalasari, I., & Andhyantoro, I. (2019). *Kesehatan reproduksi untuk mahasiswa kebidanan dan keperawatan*. Salemba Medika.

<https://edeposit.perpusnas.go.id/collection/kesehatan-reproduksi-untuk-mahasiswa-kebidanan-dan-keperawatan-sumber-elektronis/4465>

- 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>
- Liawati, N., & Novani, S. S. (2018). Hubungan Pengetahuan Ibu Postpartum Sectio Caesarea Tentang Mobilisasi Dini Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Raden Dewi Sartika Rsud Sekarwangi Kabupaten Sukabumi. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 3(1), 119–133.
- M, S., & Rahmawati, R. (2021). Faktor Risiko Usia Dan Paritas Ibu Hamil Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Nursing Arts*, 14(2), 90–97. <https://doi.org/10.36741/jna.v14i2.114>
- Meti, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)-Aplikasi Teori Keperawatan Need For Help Wiedenbach*. NEM.
- Novirianty, R., Safarianti, S., Syukri, M., Yeni, C. M., & Arzda, M. I. (2021). Profil Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(3). <https://doi.org/10.24815/jks.v21i3.21299>
- Oktaviani, D. A., & Dewi, Y. V. (2019). Hubungan usia ibu, usia kehamilan dan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di puskesmas tanah sareal kota bogor. *Jurnal Ilmiah Penelitian Kebidanan Dan Kesehatan Reproduksi*, 75–82. <https://akbid-alikhlas.e-journal.id/JIPKR/article/view/32>
- 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>
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, TIM POKJA SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*.
- PPNI, TIM POKJA SLKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*.
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu kebidanan*. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1113172>
- Prihartini, A. R., Maesaroh, M., & Widiastuti, F. (2022). Hubungan Antara Kelainan Letak Janin Dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Kabupaten Indramayu. *Jurnal Menara Medika*, 3(1), 66–73. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://jurnal.um-sb.ac.id/index.php/menamedika/article/view/2199&ved=2ahUKEwja66i_paDtAhU263MBHdUiAsUQFjAAegQIAxAB&usq=AOvVaw0bUdEhasRIBe0InxidlHJo
- Puspitaningrum, E. M. (2022). *Faktor usia ibu hamil terhadap kejadian ketuban*

- pecah dini (kpd) di rumah sakit ibu anak annisa kota jambi. 11(2), 172–177.*
- Rahmawati, A., & Wulandari, R. C. L. (2019). Influence of Physical and Psychological of Pregnant Women Toward Health Status of Mother and Baby. *Jurnal Kebidanan*, 9(2), 148–152. <https://doi.org/10.31983/jkb.v9i2.5237>
- Reni, & Sunarsih. (2017). Efektifitas Pemberian Misoprostol Pervaginam Dengan Oksitosin Intravena Terhadap Kemajuan Persalinan Pada Ibu Bersalin Indikasi Kpd Di Rs Islam Asy-Syifaa Bandar Jaya Tahun 2016. *Jurnal Kebidanan*, 3(3), 121–126.
- Ridayanti. (2017). *Identifikasi Indikasi Induksi Persalinan Pada Ibu Di Ruang Bersalin Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2016.* http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/id/eprint/211%0Ahttp://repository.poltekkes-kdi.ac.id/211/1/KARYA_TULIS_ILMIAH_PDF.pdf
- 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.
- Rustikayanti, R. N., Kartika, I., & Herawati, Y. (2016). *Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III Adaptation.* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)76616-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)76616-6)
- Sagita, Y. D. (2017). Hubungan antara ketuban pecah dini dan persalinan. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1).
- Sale, H. O., Sutriyani, T., & Sari, D. K. (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>
- Sari, S. D. (2017). *Kehamilan, Persalinan, Bayi Preterm & Postterm Disertai Evidence Based.* Noerfikri. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=CrZTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=related:QjFq5CaL0sgJ:scholar.google.com/&ots=qQLNy69DZ2&sig=VwzLDdw_yHqUup8OvfdIi_UZUfo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Solehati, T., & Kosasih, E. . (2015). *Konsep Dan Aplikasi Relaksasi Dalam Keperawatan Maternitas.* Repika Aditama.
- Sunarti. (2017). Manajemen Askeb Intranatal Pada Ny “R” Gestasi 37-38 Minggu dengan KPD. *Ketuban Pecah Dini*, 2(3), 1–156. http://eprints.ums.ac.id/27201/27/02_NASKAH_PUBLIKASI.pdf
- Susanti, N. M. D., & Utama, R. P. (2022). Status Paritas dengan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Pre Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 297–307. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i2.752>
- Tahir, S. (2021). *Faktor Determinan Ketuban Pecah Dini.* Media Sains Indonesia. <https://library.unismuh.ac.id/opac/detail-opac?id=106447>
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.* Pustaka Baru.

- Wicaksono, W. S. (2018). *Gambaran Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Trimester I Dan Trimester III Yang Mengonsumsi Tablet Fe Di Puskesmas Sigaluh*.
- Widatiningsih, S., & Tungga Dewi, C. H. (2017). *Praktik terbaik asuhan kehamilan*. Transmedika.
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1278836>
- Widiawati, I., & Legiati, T. (2017). *Mengenal Nyeri Persalinan Pada Primipara Dan Multipara*. <https://jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/1988>
- Wulansari, I., Mantoki, R., Ismail, A., Hasan, W. N., & Halid, R. (2023). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Provinsi Gorontalo*. 15, 303–310.

Lampiran 1*Curriculum vitae***Data Pribadi**

Nama : Septi Permatasari
Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 13 September 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA (IPA)
Status : Belum Menikah
No Telp : 085815643858
Email : septinaghspangtupat@gmail.com
Alamat : Dsn Sumberurip Rt 03 Rw 01 Ds Purworejo
Wates, Kab. Blitar

Data Pendidikan

Pendidikan Formal

SD : SDN Tulungrejo 2 Wates, Blitar 2006 – 2012
SMP : SMP Hang Tuah 4 Surabaya 2012 – 2015
SMA : SMA Hang Tuah 1 Surabaya 2015 – 2018
S1 : STIKES Hang Tuah Surabaya 2018 – 2022

Lampiran 2


Motto dan Persembahan

“Don't wait for someone to give you flowers. Plant your own garden and decorate your own soul”

Hasil karya ini ku persembahkan kepada :


1. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan serta kasih sayang baik materi maupun moral hingga tidak pernah lelah memberiku semangat yang luar biasa untuk menjalani kehidupan.
2. Semua pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.
3. Diri saya sendiri, terimakasih karena selalu berpikir positif dan berusaha bertahan melalui semua rintangan untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Lampiran 3

	<p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri</p>
<p>Indikasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami stres. 2. Pasien yang mengalami nyeri, yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai sedang 3. Pasien yang mengakami kecemasan 4. Pasien yang mengalami gangguan kualitas tidur
<p>Langkah-langkah</p>	<p>Fase Pra-Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat melakukan verifikasi order b. Perawat mempersiapkan alat dan bahan c. Perawat mempersiapkan diri dan lingkungan <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencuci tangan <p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat memberikan salam, memperkenalkan diri dan menyapa klien dengan ramah b. Perawat menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada klien atau keluarganya c. Perawat memberikan kesempatan klien untuk bertanya d. Perawat menjaga privasi pasien <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi

	<p>juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit . <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini b. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. c. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam d. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya
--	---

Lampiran 4

	STANDAR OPERASIONAL INDUKSI PERSALINAN DENGAN MISOPROSTOL
Pengertian	Induksi persalinan adalah suatu usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his
Tujuan	Mengakhiri suatu kehamilan dan menimbulkan persalinan
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prolonged pregnancy (usia kehamilan >41 minggu) 2. Ketuban pecah dini (KPD) (usia kehamilan >34 minggu) 3. Amnionitis atau khorioamnionitis 4. Solusio plasenta 5. Partus tak maju
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> a. Ucapkan salam dan perkenalkan diri b. Berikan penjelasan dan prosedur tindakan dan risiko tindakan. c. Minta persetujuan tindakan dari pasien dan atau keluarga pasien dengan menandatangani formulir persetujuan tindakan medik d. Tentukan nilai bishop score e. Lakukan pemeriksaan obstetri dan monitoring kesejahteraan janin. f. Siapkan tablet misoprostol dipersiapkan 1 tablet 200 mcg. g. Berikan tablet misoprostol untuk induksi yang dapat dilakukan secara oral atau pervaginam. Pemberian tablet misoprostol untuk induksi sebanyak 50 mcg (1/4 tablet), tiap kali pemberian. h. Lakukan evaluasi setelah 6 jam pemberian tablet, apabila belum masuk dalam persalinan pemberian 1/4 tablet dapat diulang kembali, sampai total 1 tablet (1 seri) dan evaluasi tetap 6 jam setelah pemberian tablet. Apabila sudah masuk dalam persalinan setelah pemberian tablet, maka untuk pemberian 1/4 tablet berikutnya dapat distop. i. Lakukan pemeriksaan ulang serviks dan apabila dalam 1 seri (1 tablet) belum terjadi proses persalinan, untuk melanjutkan Lakukan pemeriksaan ulang serviks, menentukan tinda ntuk melanjutkan induksi seri ke- 2 kan dan jika dalam 2 seri belum terjadi proses persalinan. Pasien dengan ketuban utuh dapat diistirahatkan dan diinduksi lagi esok harinya dengan

	persiapan yang sama, kecuali terdapat kontraindikasi melanjutkan induksi atau kasus-kasus tertentu (misal : Preeklamsia berat/Eklamsia atau ketuban sudah tidak utuh)
--	---