

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny.B DENGAN
G6P2A3 UK 33/34 MINGGU + PPI + BSC 2X + ROJ DI RUANG VK IGD
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



OLEH :

PRISCA FEBRI PURNOMO, S.Kep

NIM.2130018

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny.B DENGAN
G6P2A3 UK 33/34 MINGGU + PPI + BSC 2X + ROJ DI RUANG VK IGD
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

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



OLEH :

PRISCA FEBRI PURNOMO, S.Kep

NIM.2130018

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 01 Juli 2022

Penulis

Prisca Febri Purnomo, S.Kep
NIM.2130018

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Prisca Febri Purnomo, S.Kep

NIM : 2130018

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.B dengan G6P2A3 UK
33/34 Minggu + PPI + BSC 2X + ROJ DI Ruang VK IGD RSPAL
Dr. Ramelan Surabaya

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

NERS (Ns.)

Surabaya, 01 Juli 2022

Pembimbing I



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

NIP. 03025

Pembimbing II



Anti Widayani, S.Keb.,Bd

NIP.196807041990032002

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 01 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Prisca Febri Purnomo, S.Kep

NIM : 2130018

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.B dengan G6P2A3 UK
33/34 Minggu + PPI + BSC 2X + ROJ DI Ruang VK IGD RSPAL
Dr. 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 (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya.

Ketua Penguji: Puji Hastuti, M.Kep.,Ns

NIP. 03010

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

NIP. 03025

Penguji II: Anti Widayani, S.Keb.,Bd

NIP.196807041990032002



Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr.Hidayatus Sya'diah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP.03007

Ditetapkan di: STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 04 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan atas kehendak dan anugerah Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan segala hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir 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 sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD.,FINASIM.,M.M selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Laksamana pertama (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr.Hidayatus Sya'diah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Puji Hastuti, M.Kep.,Ns selaku Penguji Ketua yang memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.,Mat selaku Pembimbing Institusi yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Anti Widayani,S.Keb.,Bd selaku Kepala Ruangan F2 serta selaku pembimbing lahan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teman-teman sealmamater Profesi Ners A12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan YME membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 01 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Kehamilan.....	9
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan	9
2.1.2 Tanda Kehamilan.....	10
2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan	13
2.1.4 Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan.....	17
2.2 Konsep Partus Prematurus Imminens (PPI)	19
2.2.1 Konsep Dasar Partus Prematurus Imminens (PPI)	19
2.2.2 Etiologi Partus Prematurus Imminens (PPI).....	19
2.2.3 Manifestasi Klinis Partus Prematurus Imminens (PPI)	22
2.2.4 Patofisiologi Partus Prematurus Imminens (PPI)	23
2.2.5 WOC <i>Partus Prematurus Imminens</i> (PPI)	24
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang <i>Partus Prematurus Imminens</i> (PPI)	25

2.2.7 Penatalaksanaan Partus Prematurus Imminens (PPI)	25
2.3 Konsep Bekas Sectio Caesarea (BSC).....	28
2.3.1 Konsep BSC	28
2.4 Konsep ROJ.....	29
2.4.1 Konsep Riwayat Obstetri Jelek.....	29
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Partus Prematurus Imminens</i> (PPI)	30
2.5.1 Pengkajian.....	30
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	40
2.5.3 Intervensi Keperawatan	41
2.5.1 Tabel Intervensi Keperawatan	41
BAB 3 TINJAUAN KASUS	44
3.1 Pengkajian.....	44
3.1.1 Data Umum.....	44
3.1.2 Riwayat Keperawatan	44
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	50
3.1.4 Data Penunjang	51
3.1.5 Pemberian Terapi.....	52
3.2 Analisa Data.....	52
3.3 Intervensi Keperawatan	55
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	57
BAB 4 PEMBAHASAN	62
4.1 Pengkajian Keperawatan	62
4.2 Diagnosa Keperawatan	66
4.3 Intervensi Keperawatan	69
4.4 Implementasi Keperawatan	73
4.5 Evaluasi Keperawatan	77
BAB 5 PENUTUP	81
5.1 Simpulan.....	81
5.2 Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	84

DAFTAR TABEL

2.2.5 Tabel WOC Partus Prematurus Imminens (PPI).....	24
2.4.1 Tabel pengukuran TFU (Saifudin,2016 dalam Rukiyah, 2019).....	39
2.5.1 Tabel Intervensi Keperawatan	41
3.1.4 Tabel Hasil pemeriksaan Laboratorium.....	51
3.2 Tabel Analisa Data	52
3.3 Tabel Intervensi Keperawatan.....	55
3.4 Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	88
Lampiran 2	89
Lampiran 3	91
Lampiran 4	94
Lampiran 5	97
Lampiran 6	98

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

ANC	: Ante Natal Care
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BSC	: Bekas Luka Sectio Caesarea
CPR	: Cardiopulmonary Resuscitation
COX	: Cylooxygenases
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Mellitus
DPP	: Dewan Pengurus Pusat
DS	: Data Subjektif
DO	: Data Objektif
HCG	: Human Chorionic Gonadthropin
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
HCT	: <i>Human Chorionic Thyrotropin</i>
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IUGR	: Intra Uterine Growth Restriction
KB	: Keluarga Berencana
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KIA	: Karya Ilmiah Akhir
KMR	: Ketebalan Miometrium Residual
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KPP	: Ketuban Pecah Premature
K/U	: Keadaan Umum
MSH	: Melanocyte Stimulating Hormon

PAP : Pintu Atas Panggul
PH : Power of Hydrogen
PPI : Partus Prematurus Imminens
PPNI : Persatuan Perawatn Nasional Indonesia
PONEK: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif
RDS : Respiratory Distress Syndrome
RL : Ringer Laktat
RSPAL: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
ROJ : Riwayat Obsetri Jelek
SBR : Segmen Bawah Rahim
SC : Sectio Caesarea
SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
TD : Tekanan Darah
TM : Trimester
TFU : Tinggi Fundus Uteri
TTV : Tanda-Tanda Vital
TVS : Transvaginal Sonografi
USG : Ultrasonografi
VK : Verlos Kamer
WHO : World Health Organization
< : Kurang dari
> : Lebih dari
± : Kurang Lebih

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Partus Prematurus Iminens (PPI) merupakan suatu ancaman pada kehamilan dimana timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20 minggu-37 minggu) dan berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram (Nisa & Puspitasari, 2015). *Partus Prematurus Imminens* (PPI) ancaman kelahiran prematur dengan adanya kontraksi uterus disertai dengan perubahan serviks yang berupa dilatasi dan *effacement* sebelum 37 minggu usia kehamilan serta dapat menyebabkan kelahiran premature (Widiana et al., 2019). *Partus Prematurus Iminens* (PPI) masalah keperawatan prioritas yang muncul pada *Partus Prematurus Iminens* (PPI) yaitu resiko cedera pada janin dan beberapa masalah pada klien seperti adanya nyeri pada daerah perut, cemas dan gelisah karena kondisi yang dialami. Penderita PPI perlu penanganan dan perawatan dari tenaga kesehatan karena berbagai masalah keperawatan pada pasien dapat muncul seperti nyeri akut, gangguan pola tidur, intoleransi aktifitas, ansietas dan deficit pengetahuan. Di negara maju maupun berkembang angka kejadiannya dilaporkan selalu tinggi dari setiap tahunnya. Kondisi ini yang masih menjadi masalah kesehatan dunia karena pengobatannya yang sulit sehingga angka kematiannya cukup tinggi (Levy, 2018).

Kelahiran premature diperkirakan 35% dari 3,1 juta kematian janin setiap tahunnya di dunia merupakan penyebab kematian kedua yang paling umum setelah pneumonia pada anak di bawah 5 tahun (Blencowe et al., 2012). Di Afrika dan Asia Selatan kelahiran prematur terjadi lebih dari 60 %. Di negara-negara berpenghasilan rendah, rata-rata, 12% bayi dilahirkan terlalu dini dibandingkan dengan 9% di

negara-negara berpenghasilan tinggi (WHO, 2018). Indonesia masuk kedalam 10 peringkat negara dengan jumlah kelahiran premature terbanyak yaitu sebesar 675.700 kasus (WHO, 2018). Angka kelahiran prematur didefinisikan sebagai persentase bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu. Mungkin juga ada pengaruh genetik (WHO, 2018). Paritas terbanyak terjadi pada primigravida sebanyak 19 kasus (38%). Sebanyak 31 pasien (62%) memiliki penyulit kehamilan. Keberhasilan terapi tokolitik sebesar 34 kasus (68%). 86% pasien PPI yang dirawat di RSPAL tidak pernah melakukan ANC, 60% sampel termasuk dalam kategori anemia, dan 62% dilatar belakangi adanya penyulit kehamilan.(Thesman, 2020). Hasil studi pendahuluan penulis, di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya lebih tepatnya di ruang VK IGD pada bulan januari hingga juni tahun 2022 untuk kasus PPI sebanyak 4 kasus dengan usia kehamilan preterm 31/32 minggu, 35/36 minggu, 30/31 minggu, 27/28 minggu.

Ada beberapa penyebab terjadinya *Partus Prematurus Iminens* (PPI) yang pertama Faktor dari ibu yaitu Kehamilan usia muda lebih memungkinkan mengalami penyulit pada masa kehamilan dan persalinan yaitu karena wanita muda sering memiliki pengetahuan yang terbatas tentang kehamilan atau kurangnya informasi dalam mengakses sistem pelayanan kesehatan. Usia 20-35 merupakan usia yang tepat untuk reproduksi, karena fungsi organ masih baik untuk terjadi kehamilan serta penyakit penyerta dari ibu hamil seperti, riwayat penyakit diabetes melitus, pre eklamsia, hipertensi, infeksi saluran kemih, kelainan bentuk uterus, riwayat partus preterm atau abortus yang berulang (Purwanti & Trisnawati, 2016). Faktor dari kehamilan yaitu adanya perdarahan di trimester awal, adanya perdarahan antepartum, KPD (ketuban pecah dini), pertumbuhan janin terhambat,

terjadi cacat bawaan janin, polihidramnion, adanya kehamilan gemelli juga menyebabkan tingginya kelahiran premature, BBLR, IUGR dan kelainan kongenital pada bayi yang dikandung (Serangan et al., 2018).

Persalinan preterm menyebabkan dampak yang besar terhadap morbiditas jangka pendek dan jangka panjang. Tingkat morbiditas tersebut dapat dikurangi dengan pencegahan persalinan preterm, seperti prediksi dini dan akurat, intervensi untuk menghilangkan faktor risiko serta menunda terjadinya persalinan. Bayi yang lahir cukup bulan dengan bayi preterm terutama yang lahir dengan usia kehamilan <32 minggu, mempunyai resiko kematian 70 kali lebih tinggi, karena mereka mempunyai kesulitan untuk beradaptasi dengan kehidupan diluar rahim akibat ketidakmatangan sistem organ tubuhnya seperti paru- paru, jantung, ginjal, hati dan sistem pencernaannya. Persalinan preterm perlu dicegah, salah satu caranya adalah dengan pemberian tokolitik yang dapat mencegah berlanjutnya proses persalinan yang bermanfaat setidaknya memberi kesempatan proses pematangan paru (Serudji, 2019). Tokolitik, obat penghambat kontraksi uterus sampai saat ini masih dipertimbangkan sebagai pencegah Preterm Labor yang utama dan tetap dipertahankan sampai penyebab pasti diketahui. tokolitik dapat memperpanjang fase laten Preterm Labor antara 24-48 jam, hal ini bertujuan untuk mengondisikan maturase paru janin serta menyediakan harapan merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan tersier yang mengantongi sejumlah sarana perawatan bagi bayi prematur(Yasa et al., 2019).

Kontraksi uterus merupakan tanda dan gejala utama *Partus Prematurus Imminens*, maka inhibisi kontraksi uterus dengan tokolitik dilakukan untuk memperlama kehamilan serta menunda persalinan(Yasa et al., 2019). Pemeriksaan

antenatal care yang maksimal dan seksama memungkinkan pada saat anamnesis, pemeriksaan obstetrik dan pemeriksaan penunjang dengan USG dapat mencegah kemungkinan persalinan premature (Dewi, 2017). Untuk mengatasi dampak yang ditimbulkan, seperti resiko cedera pada janin yaitu dilakukan pemantauan DJJ, nyeri akut perlu dilakukan upaya untuk mengurangi keluhan nyeri selanjutnya dilakukan intervensi utama Manajemen Nyeri dengan mengidentifikasi lokasi nyeri, pemberian terapi non farmakologis, memfasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik terapi non farmakologis seperti tarik napas dalam, kolaborasi pemberian analgetic untuk mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien. Untuk mengatasi gangguan pola tidur perlu dilakukan intervensi utama Dukungan Tidur dengan mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Untuk mengatasi ansietas yang dialami oleh pasien perlu dilakukan intervensi utama reduksi ansietas seperti monitor tanda-tanda dari ansietas, menginformasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, melatih teknik relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny.B dengan diagnosa *Partus Prematurus Iminens* (PPI) di Ruang VK RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana asuhan keperawatan Ny.B dengan *Partus Prematurus Iminens* (PPI) di Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.B dengan *Partus Prematurus Iminens* (PPI).

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny.B *Partus Prematurus Iminens* (PPI) di Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.B *Partus Prematurus Iminens* (PPI) di Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya
3. Merumuskan rencana keperawatan pada Ny.B *Partus Prematurus Iminens* (PPI) di Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.B *Partus Prematurus Iminens* (PPI) di Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Ny.B *Partus Prematurus Iminens* (PPI) di Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dari segi akademis menambah khasanah agar perawat lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis *Partus Prematurus Iminens* (PPI).

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Partus Prematurus Iminens* (PPI).

2. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosis medis *Partus Prematurus Iminens* (PPI).

3. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan terutama pada keperawatan Maternitas dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Partus Prematurus Iminens* (PPI).

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil atau diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil atau diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KIA yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

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

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

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Partus Prematurus Iminens* (PPI), serta kerangka masalah pada *Partus Prematurus Iminens* (PPI).

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis.

BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.
3. Bagian terakhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek meliputi: 1) Konsep Kehamilan, 2) Konsep *Partus Prematurus Imminens* (PPI), 3) Konsep Bekas *Sectio Caesarea* (SC), 4) Konsep ROJ, 5) Konsep Asuhan Keperawatan *Partus Prematurus Imminens* (PPI)

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 dan 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 berebihan 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 deyt 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 deyt 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 meyebabkan 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, Intan. 2015: 5). 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 di

minggu kedelapan usia kehamilan yang dikenal dengan tanda Hegar.

c. Serviks

Akibat pengaruh hormon esterogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami penigkatan 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 oerubahan 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 mamame 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 bewarna 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 di sebut kolostrum

2. 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 udah 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 esterogen 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.

6. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Perubahan pada sistem gastrointestinal tidak lain 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.

2. Trimester II

Menurut Ramadani & Sudarmiati (2013), 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, 2016: 63).

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, 2016: 63).

2.2 Konsep Partus Prematurus Imminens (PPI)

2.2.1 Konsep Dasar Partus Prematurus Imminens (PPI)

Prematurus Iminens adalah suatu ancaman pada kehamilan dimana timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20 minggu-37 minggu) dan berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram (Nisa & Puspitasari, 2015). Persalinan kurang bulan (prematum) adalah persalinan sebelum usia kehamilan 37 minggu atau bayi berat lahir dengan 500-2499 gram (Ida Rahmawati et al., 2021). Persalinan prematur adalah persalinan yang berlangsung pada usia kehamilan 20 - <37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Partus. Persalinan preterm merupakan persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu (20-<37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram (Syarif et al., 2017).

2.2.2 Etiologi Partus Prematurus Imminens (PPI)

1. Faktor Ibu

Pada kehamilan di usia kurang dari 20 tahun rahim, panggul dan organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna karena pada usia ini masih dalam proses pertumbuhan sehingga panggul dan dan rahim masih kecil. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal. Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun berkaitan dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh. Pada usia lebih dari 35 tahun endometrium yang kurang subur memperbesar kemungkinan untuk menderita kelainan kongenital, sehingga berakibat terhadap kesehatan ibu maupun perkembangan janin yang berisiko untuk mengalami persalinan premature (Maita, 2012).

Jika kehamilan terjadi pada umur < 20 tahun, maka diperlukan konseling makanan bergizi pada ibu hamil untuk menghindari terjadinya anemia, dan jika kehamilan terjadi pada umur > 35 tahun diperlukan pengawasan ketat oleh tenaga kesehatan melalui pengelompokan status pasien yang berisiko untuk mempermudah dalam pemantauan, pencatatan dan pemberian KIE (Konseling, Informasi dan Edukasi).

2. Faktor Kehamilan

a. Kehamilan dengan hidramnion

Hidramnion merupakan kehamilan dengan jumlah air ketuban >2 liter, produksi air ketuban bertambah serta dikarenakan terganggunya pengaliran air ketuban. Maka akan terjadi keracunan kehamilan, premature dan BBLR serta pendarahan.

b. Kehamilan ganda

Pertumbuhan janin pada kehamilan kembar rentan mengalami hambatan, karena penegangan uterus yang berlebihan oleh karena besarnya janin, 2 plasenta dan air ketuban yang lebih banyak menyebabkan terjadinya partus prematurus. Karena kehamilan ganda termasuk kedalam kehamilan berisiko dan perlu pemantauan yang ketat terutama berat badan bayi (Triana, 2016).

c. Perdarahan antepartum

Perdarahan yang terjadi setelah minggu ke 28 masa kehamilan, perdarahan antepartum berasal dari plasenta previa sebagai penyebab utama perdarahan antepartum. Perdarahan akibat plasenta previa terjadi

secara progresif dan berulang karena proses pembentukan segmen bawah Rahim.

d. Komplikasi hamil seperti pre eklamsi

Preeklamsia merupakan sekumpulan gejala yang secara spesifik hanya muncul selama kehamilan dengan usia lebih dari 20 minggu. Dampak preeklamsia pada ibu yaitu kelahiran prematur, oliguria, kematian, sedangkan dampak pada janin yaitu pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, dapat pula meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Pencegahan pre-eklamsia atau eklamsia sangat penting agar tidak terjadi bahaya pada ibu dan janinnya. Ibu hamil harus periksa antenatal yang teratur dan mengenali tanda-tanda sedini mungkin (pre-eklamsia ringan), memberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat, harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya pre-eklamsia kalau ada faktor-faktor predisposisi, memberikan penerangan tentang manfaat istirahat dan tidur, ketenangan, serta pentingnya mengatur diet rendah garam, lemak, serta karbohidrat dan tinggi protein, juga menjaga kenaikan berat badan yang berlebihan (Kusumawati & Wijayanti, 2019).

e. Ketuban pecah dini

KPD pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau disebut juga *Preterm Premature Rupture Of Membrane* sehingga dapat mengakibatkan bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Ibu dengan KPD perlu penanganan yang cepat dikarenakan jika terjadi persalinan prematur akibat KPD yang berisiko terjadinya infeksi

sedangkan bayi mengalami BBLR akan mempermudah terjadinya peningkatan morbiditas dan mortalitas pada bayi baru lahir sehingga ibu yang mengalami KPD dapat diupayakan mempertahankan kehamilan sampai mencapai usia kehamilan aterm sehingga diharapkan bayi lahir dengan berat badan normal (Triana, 2016).

3. Faktor Janin

a. Cacat Bawaan

Kelainan kongenital atau bawaan adalah kelainan yang sudah ada sejak lahir yang dapat disebabkan oleh faktor genetik maupun non genetic. Anomali kongenital disebut juga cacat lahir, kelainan kongenital atau kelainan bentuk bawaan (Effendi, 2014).

b. Infeksi dalam Rahim

Toksoplasma merupakan infeksi yang diakibatkan oleh sejenis parasit *Toxoplasma gondii* yang biasa terdapat pada bulu kucing dan hewan peliharaan rumah lainnya. Toksoplasma Toksoplasma pada ibu hamil dapat mengakibatkan keguguran dan kematian pada bayi yang dilahirkan karena terjadi infeksi pada saat bayi didalam kandungan (Andriyani & Megasari, 2015).

2.2.3 Manifestasi Klinis Partus Prematurus Imminens (PPI)

Partus prematurus iminen ditandai dengan:

1. Kontraksi uterus dengan atau tanpa rasa sakit

- a. Kontraksi yang terjadi dengan frekuensi empat kali dalam 20 menit atau delapan kali dalam 60 menit plus perubahan progresif pada serviks

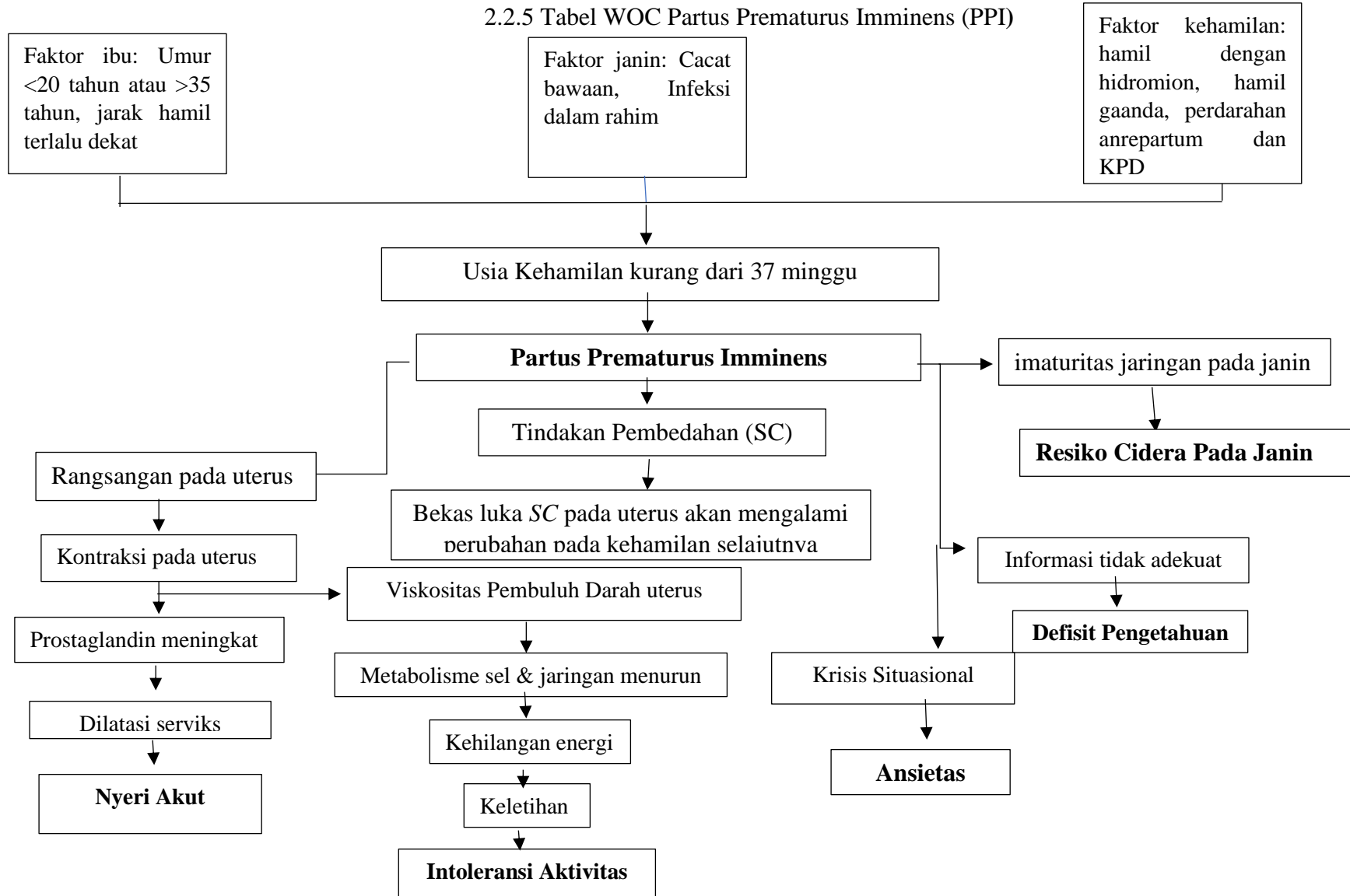
- b. Dilatasi serviks lebih dari 1 cm
 - c. Pendataran serviks sebesar 80% atau lebih.
2. Rasa berat dipanggul
 3. Kejang uterus yang mirip dengan dismenorea
 4. Keluarnya cairan pervaginam
 5. Nyeri punggung

2.2.4 Patofisiologi Partus Prematurus Imminens (PPI)

Persalinan prematur menunjukkan adanya kegagalan mekanisme yang bertanggung jawab untuk mempertahankan kondisi tenang uterus selama kehamilan atau adanya gangguan yang menyebabkan singkatnya kehamilan atau membebani jalur persalinan normal sehingga memicu dimulainya proses persalinan secara dini. Empat jalur terpisah, yaitu stress, infeksi, regangan dan perdarahan. Enzim sitokinin dan prostaglandin, ruptur membran, ketuban pecah, aliran darah ke plasenta yang berkurang mengakibatkan nyeri dan intoleransi aktifitas yang menimbulkan kontraksi uterus, sehingga menyebabkan persalinan prematur. Akibat dari persalinan prematur berdampak pada janin dan pada ibu. Pada janin, menyebabkan kelahiran yang belum pada waktunya sehingga terjadilah imaturitas jaringan pada janin. Salah satu dampaknya terjadilah maturitas paru yang menyebabkan resiko cedera pada janin. Sedangkan pada ibu, resiko tinggi pada kesehatan yang menyebabkan ansietas dan kurangnya informasi tentang kehamilan mengakibatkan kurangnya pengetahuan untuk merawat dan menjaga kesehatan saat kehamilan.

2.2.5 WOC Partus Prematurus Imminens (PPI)

2.2.5 Tabel WOC Partus Prematurus Imminens (PPI)



2.2.6 Pemeriksaan Penunjang *Partus Prematurus Imminens* (PPI)

1. Pemeriksaan Laboratorium: darah rutin, kimia darah, golongan ABO, faktor rhesus, urinalisis, bakteriologi vagina, amniosentesis: surfaktan, gas dan PH darah janin.
2. USG untuk mengetahui usia gestasi, jumlah janin, besar janin, aktivitas janin, cacat kongenital, letak dan maturasi plasenta, volume cairan ketuban dan kelainan uterus (Deitra L,2013).

2.2.7 Penatalaksanaan *Partus Prematurus Imminens* (PPI)

1. Tokolitik

Agen tokolitik diberikan untuk menghentikan kontraksi uterus selama masa akut. Tokolitik merupakan agen farmakologis dan terapi yang digunakan dalam mencegah kelahiran prematur, merelaksasi endometrium uterus dan menghambat kontraksi uterus sehingga dapat memperpanjang masa kehamilan dan mengurangi komplikasi neonatal. Tokolitik beraksi melalui berbagai mekanisme untuk menurunkan availabilitas ion kalsium intraseluler yang akan menghambat interaksi aktin myosin(Karmelita, 2020). Ada beberapa macam tokolitik seperti

- a) Kalsium antagonis: nifedipin 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang. Obat dapat diberikan lagi jika timbul kontraksi berulang. dosis maintenance 3x10 mg.
- b) Obat β -mimetik: seperti terbutalin, ritrodin, isoksuprin, dan salbutamol dapat digunakan, tetapi nifedipin mempunyai efek samping yang lebih kecil.Salbutamol, dengan dosis per infus: 20-50

$\mu\text{g}/\text{menit}$, sedangkan per oral: 4 mg, 2-4 kali/hari (maintenance) atau terbutalin, dengan dosis per infus: 10-15 $\mu\text{g}/\text{menit}$, subkutan: 250 μg setiap 6 jam sedangkan dosis per oral: 5-7.5 mg setiap 8 jam (maintenance). Efek samping dari golongan obat ini ialah: hiperglikemia, hipokalemia, hipotensi, takikardia, iskemi miokardial, edema paru.

- c) Sulfas magnesikus: dosis perinteral sulfas magnesikus ialah 4-6 gr/iv, secara bolus selama 20-30 menit, dan infus 2- 4gr/jam (maintenance). Namun obat ini jarang digunakan karena efek samping yang dapat ditimbulkannya pada ibu ataupun janin. Beberapa efek sampingnya ialah edema paru, letargi, nyeri dada, dan depresi pernafasan (pada ibu dan bayi).
- d) Penghambat produksi prostaglandin: indometasin, sulindac, nimesulide dapat menghambat produksi prostaglandin dengan menghambat cyclooxygenases (COXs) yang dibutuhkan untuk produksi prostaglandin. Indometasin merupakan penghambat COX yang cukup kuat, namun menimbulkan risiko kardiovaskular pada janin. Sulindac memiliki efek samping yang lebih kecil daripada indometasin. Sedangkan nimesulide saat ini hanya tersedia dalam konteks percobaan klinis. Untuk menghambat proses PPI, selain tokolisis, pasien juga perlu membatasi aktivitas atau tirah baring serta menghindari aktivitas seksual.

2. Adanya Akselerasi pematangan fungsi paru janin dengan kortikosteroid

Pemberian terapi kortikosteroid dimaksudkan untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan risiko respiratory distress syndrome (RDS), mencegah perdarahan intraventrikular, necrotising enterocolitis, dan duktus arteriosus, yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan bilamana usia kehamilan kurang dari 35 minggu. Obat yang diberikan ialah deksametason atau betametason. Pemberian steroid ini tidak diulang karena risiko pertumbuhan janin terhambat. Pemberian siklus tunggal kortikosteroid ialah:

- a. Betametason 2 x 12 mg i.m. dengan jarak pemberian 24 jam
- b. Deksametason 4 x 6 mg i.m. dengan jarak pemberian 12 jam

3. Pencegahan terhadap infeksi dengan menggunakan antibiotic

Pemberian antibiotik yang tepat dapat menurunkan angka kejadian korioamnionitis dan sepsis neonatorum. Antibiotik hanya diberikan kehamilan yang mengandung risiko terjadinya infeksi, seperti pada kasus KPD (ketuban pecah dini).

2.3 Konsep Bekas Sectio Caesarea (BSC)

2.3.1 Konsep BSC

Bekas luka SC terdiri dari dua komponen yaitu bagian hypoechoic pada bekas luka dan jaringan parut pada miometrium yang dinilai sebagai ketebalan miometrium residual (KMR). Ketebalan seluruh SBR diukur dengan menggunakan transabdominal sonografi, sementara lapisan otot diukur dengan menggunakan transvaginal sonografi (TVS). Ketebalan SBR harus dievaluasi karena berperan penting sebagai prediktor terjadinya ruptur uteri. Hal ini mengingat resiko ruptur uteri akan meningkat sesuai dengan jumlah pelahiran SC sebelumnya. Bekas luka operatif SC pada uterus akan mengalami perubahan selama proses kehamilan selanjutnya. Peningkatan lebar rata-rata 1,8 mm per semester pada bagian bekas luka. Sedangkan kedalaman dan panjang bekas luka mengalami penurunan dengan rata-rata 1,8 mm dan 1,9 mm per trimester. Ketebalan myometrium residual menurun rata-rata 1,1 mm per trimester.

Section Caesarian (SC) juga akan meningkatkan resiko terjadinya plasenta previa dan abrupsi plasenta pada kehamilan berikutnya. Peningkatan resiko terjadinya plasenta previa dan abrupsi plasenta pada kehamilan kedua. karena adanya respon yang berbeda terhadap bekas luka SC, terutama respon terhadap sitokin dan mediator inflamasi, kejadian stress oksidatif. Keadaan tersebut berdampak pada pertumbuhan dan rekonstruksi desidua basalis dan kemampuan desidua untuk menampung dan memodulasi infiltrasi trofoblas. Ketebalan dinding uterus wanita dengan riwayat SC lebih tipis daripada uterus wanita dengan persalinan pervaginam (Suryawinata et al., 2019).

2.4 Konsep ROJ

2.4.1 Konsep Riwayat Obstetri Jelek

Riwayat obstetri sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Apabila riwayat obstetri yang lalu dengan tindakan seharusnya ibu harus waspada terhadap terjadinya komplikasi dalam persalinan yang akan berlangsung. Riwayat obstetri buruk ini dapat berupa abortus, kematian janin, eklamsi dan pre-eklamasi, sectio caesarea, persalinan lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan perdarahan post partus (Dan & Obstetri, 2013). Riwayat Obstetric Jelek adalah pernah mengalami keguguran pada sebelumnya, perdarahan pada waktu hamil, keluar air ketuban pada waktu hamil, melahirkan dini, atau pernah melahirkan janin yang sudah meninggal, atau mengalami perdarahan setelah melahirkan (Tinah & Pudwiyani, 2016).

Ibu hamil dengan ROJ lebih berisiko dari pada ibu yang tidak pernah memiliki riwayat obstetrik meliputi abortus, melahirkan dengan tarikan tang atau vakum, melahirkan uri dirogoh, melahirkan diberi infus atau tranfusi, riwayat operasi sesar sehingga terjadinya komplikasi kehamilan maupun persalinan lebih dikhawatirkan tidak mampu mengejan, kontraksi tidak adekuat, bahkan tidak memungkinkan untuk persalinan spontan (Lusiana dkk et al., 2015).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan *Partus Prematurus Imminens* (PPI)

2.5.1 Pengkajian

1. Data Subjektif

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

a. Identitas Klien

1) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko. Pada ibu hamil dengan PPI biasanya terjadi pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun (Nugroho, 2018).

2) Suku

Berhubungan dengan sosial dan budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan kehamilan sampai persalinan (Wiknjosastro, 2016).

3) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien, sehingga mempermudah dalam memberikan pendidikan kesehatan. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku ibu (Wiknjosastro, 2016).

4) Pekerjaan

Untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan, serta dapat menunjukkan tingkat keadaan ekonomi keluarga (Wiknjosastro, 2016).

b. Keluhan Utama

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan serta berhubungan dengan persalinan. Pada kasus ibu hamil dengan partus prematurus iminens keluhanannya seperti mules yang berulang pada usia kehamilan 20-37 minggu, keluar lendir bercampur darah, kram seperti menstruasi, nyeri punggung bawah, tekanan panggul yang terasa seperti bayi mendorong kebawah, cairan encer yang keluar dari vagina (Winkjosastro, 2012).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami riwayat PPI sebelumnya dan pernah mengalami SC berapa kali karena berpengaruh pada kehamilan selanjutnya (Winkjosastro, 2016).

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini. Pada ibu dengan PPI, penyakit yang diderita ibu seperti toksemia, anemia, penyakit ginjal yang kronis dan penyakit demam yang akut (Winkjosastro, 2016).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dikaji untuk mengetahui adanya penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, DM, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular seperti TBC dan hepatitis, baik dalam keluarga ibu maupun ayah (Yulizawati dkk, 2019).

d. Riwayat Obstetri

1) Riwayat Haid

Sulistyawati dan Nugraheny (2013) mengatakan pengkajian riwayat haid meliputi: menarche dimana umumnya usia pertama kali menstruasi di Indonesia adalah umur 12-16 tahun, siklus haid normal 21 hari hingga 30 hari, teratur. Lama haid sekitar 2 hari sampai 7 hari paling lama 15 hari. Banyak darah yang dikeluarkan 10mL hingga 80mL per hari. Keluhan berupa rasa sakit, disminorea primer atau tidak merasakan sakit pada perut yang berlebihan maupun tidak ada keluhan.

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi: HPHT dan siklus haid normal, gerak janin dirasakan ≥ 10 gerakan dalam 12 jam, tidak mengalami masalah dan tanda-tanda bahaya, merasakan keluhan-keluhan lazim pada kehamilan; tidak merokok, mengosumsi obat-obatan terlarang (termasuk jamu-jamuan) dan minum-minuman beralkohol; kekhawatiran lain yang dirasakan (Rukiyah, dkk, 2016). Pada ibu hamil dengan PPI biasanya mempunyai riwayat kehamilan ganda, hidramnion, pre-eklampsia, perdarahan antepartum seperti solusio plasenta, plasenta previa, pecahnya sinus marginalis, ketuban pecah dini, serviks inkompentensia, infeksi pada vagina asenden (Nugroho, 2015).

e. Riwaya Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

1) Kehamilan

Untuk mengetahui berapa umur kehamilan, bagaimana letak janin dan berapa tinggi fundus uteri, apakah sesuai dengan umur kehamilan atau tidak. Pada ibu dengan PPI adanya riwayat abortus berulang dan perawatan prenatal care yang buruk.

2) Persalinan

Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada atau tidak perdarahan, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan, ada atau tidak riwayat persalinan prematur sebelumnya. Pada ibu hamil dengan PPI memiliki riwayat abortus pada trimester II lebih dari 1 kali, riwayat persalinan preterm sebelumnya, operasi abdominal pada kehamilan preterm

3) Nifas

Untuk mengetahui adakah komplikasi pada masa nifas sebelumnya, untuk dapat melakukan pencegahan atau waspada terhadap kemungkinan kekambuhan komplikasi (Wiknjastro, 2016).

4) Anak

Untuk mengetahui riwayat anak, jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan dan panjang badan waktu lahir (Wiknjastro, 2016).

f. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi dan apakah ada kegagalan dalam menjalankan program ber KB (Sutjiati, 2017).

g. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang) (Saifuddin, 2016). Pada ibu yang kurang gizi dapat mempengaruhi terjadinya PPI (Nugroho, 2014).

2) Pola Eliminasi

Tonus dan motilitas lambung menurun serta usus terjadi reabsorpsi zat makanan, peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan obstipasi. Penekanan kandung kemih karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan sering BAK (Rukiyah, dkk, 2015). Pada ibu hamil dengan PPI biasanya disebabkan oleh adanya infeksi saluran kemih atau bakterinuria (Wiknjosastro, 2016).

3) Pola Aktivitas

Wanita hamil boleh bekerja, tetapi jangan terlampau berat. Penekanan pada ligamen dan pelvic, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, dkk, 2014). Pada ibu hamil dengan PPI

biasanya melakukan pekerjaan yang terlalu berat (Nugroho, 2014).

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, dkk, 2017).

5) Pola Hygiene

Menjaga kebersihan diri penting terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan (Saifuddin, 2015).

6) Pola Hidup Sehat

Gaya hidup seperti perokok, mengonsumsi obat-obatan, alkohol adalah hal yang sangat berbahaya bagi ibu dan bayinya. (Rukiyah, dkk, 2017). Pada ibu dengan PPI biasanya perokok berat atau lebih dari 10 batang/hari (Wiknjsastro, 2012).

7) Data Psikososial dan Spiritual

Keadaan sosial budaya untuk mengetahui keadaan psikososial yang perlu ditanyakan jumlah anggota keluarga, dukungan moril dan materil keluarga, pandangan dan penerimaan keluarga terhadap kehamilan, kebiasaan yang menguntungkan dan merugikan, pandangan terhadap kahamilan, persalinan, dan BBL serta sistem dukungan terhadap ibu dan pengambil keputusan dalam keluarga sehingga dapat membantu ibu dalam

merencanakan persalinan yang lebih baik (Estiwidani, dkk, 2016).

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik, lemah atau buruk (Elisabeth dkk, 2016).

2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, apatis, somnolen (Elisabeth dkk, 2016).

3) Berat Badan (BB) Sebelum atau Saat Ini

Kenaikan BB selama hamil rata-rata 9 sampai 13,5 kg (selama TM III 9,5 kg). Makanan diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta, uterus, buah dada, dan kenaikan metabolisme (Pantiawati dan Saryono, 2015).

4) Tinggi Badan (TB)

Ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil yaitu > 145 cm. TB ibu hamil < 145 cm beresiko memiliki panggul sempit (Rukiyah, dkk, 2016).

b. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Mesosepal, rambut warna hitam, bersih, tidak mudah rontok.
- Muka : Simetris, tidak oedema, pada ibu dengan PPI yang mengalami anemia maka wajahnya akan pucat.
- Mata : Konjungtiva pucat bila anemia, sklera putih, bersih, tidak ditemukan bengkak, tidak ada gangguan penglihatan.

- Hidung : Bersih, tidak ditemukan polip, tidak ditemukan tanda infeksi, tidak ada nafas cuping hidung.
- Mulut : Bibir merah muda, bibir lembab, warna lidah kemerahan, lidah bersih gigi bersih, tidak ditemukan caries tidak bay mulut, tidak ada stomatitis.
- Telinga : Bersih, tidak ditemukan gangguan pendengaran, tidak ditemukan tanda infeksi.
- Leher : Tidak ditemukan pembesaran kelenjar limfe kelenjar tiroid, dan vena jugularis.
- Dada : Simetris denyut jantung normal, tidak ada retraksi dinding dada.
- Payudara : Bentuk simetris, tidak teraba masa tidak ditemukan nyeri tekan, bersih.
- Abdomen : Bentuk simetris, ditemukan luka bekas operasi jika ditemukan, tidak ditemukan benjolan abnormal.
- Genetalia : Bersih, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, tidak ada hemoroid.
- Ekstremitas : Atas (tidak ditemukan kelainan, bentuk simetris, turgor baik).
Bawah (bentuk simetris, tidak ditemukan odema dan varises, turgor baik).
- Anus : Tidak ditemukan hemoroid, bersih.
- Reflek Patela : Menurut Potter dan Perry (2015) reflek patela +1 (normal rendah dengan sedikit kontraksi otot), dan +2 (normal dengan kekuatan otot yang dapat terlihat dan gerakan lengan atau tungkai).

c. Status Obstetric

1) Inspeksi atau Pemeriksaan Penunjang

- Muka : terdapat kloasma gravidarum, tidak ada oedema wajah, tidak pucat.
- Mamae : bentuk buah dada bulat, simetris, hiperpigmentasi puting susu dan aerola, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar.
- Abdomen : menegang, pembesaran uterus sesuai usia kehamilan striae dan linea gravidarum, terdapat bekas operasi.
- Vulva : keadaan perineum tidak ada tanda infeksi, tidak ada varises, tidak ada kondilomata, atau flour normal Pada ibu hamil dengan PPI adanya pengeluaran lendir kemerahan atau cairan pervaginam. Pada pemeriksaan dalam, pendataran 50-80 % atau lebih, pembukaan 2cm atau lebih (Saefuddin, 2014).
(UNPAD, 2011 dan Baety, 2012).

2) Palpasi

- Leopold I : Untuk menentukan tinggi fundus uteri sehingga dapat diketahui tuanya kehamilan. Selain itu dapat ditentukan bagian janin yang terletak pada fundus uteri. Bila kepala teraba benda bulat dan keras, apabila bokong teraba bulat dan lunak.
- Leopold II : Untuk menentukan batas samping uterus dan dapat pula ditentukan letak punggung janin yang membujur dari atas ke bawah menghubungkan bokong dengan kepala.
- Leopold III : Untuk menentukan bagian janin yang berada di bawah rahim.

Leopold IV : Untuk menentukan bagian terbawah janin apa dan berapa jauh sudah masuk pintu atas panggul. Bila belum masuk, teraba ballotement kepala.

(Wiknjosastro, 2012)

2.4.1 Tabel pengukuran TFU (Saifudin,2016 dalam Rukiyah, 2019)

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan Penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 minggu (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus.

3) Pemeriksaan DJJ

Denyut Jantung Janin (DJJ) normal 110-160 kali permenit (Bobak, dkk, 2015). Punctum maksimum (PM), tempat dimana DJJ paling keras terdengar biasanya di punggung janin. Pada presentasi verteks, DJJ terdengar di bawah umbilikus ibu, baik pada kuadran bawah kiri atau kanan abdomen. (Bobak, dkk,

2015). Pada kehamilan fisiologis PM berjumlah 1 menunjukkan janin tunggal.

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk mendukung ketepatan diagnosis PPI:

- a. Pemeriksaan Laboratorium: darah rutin, kimia darah, golongan ABO, faktor rhesus, urinalisis, bakteriologi vagina, amniosentesis: surfaktan, gas dan PH darah janin.
- b. USG untuk mengetahui usia gestasi, jumlah janin, besar janin, aktivitas janin, cacat kongenital, letak dan maturasi plasenta, volume cairan tuba dan kelainan uterus.

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko cidera pada Janin dibuktikan dengan Kondisi klinis: Masalah Kontraksi (D.0138)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
3. Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan tirah baring (D.0056)
4. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi (D.0111)
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

2.5.1 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Resiko cidera pada Janin dibuktikan dengan Kondisi klinis: Masalah Kontraksi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 1 x 6 jam diharapkan tidak terjadi cidera pada janin	Kriteria Hasil: 1. DJJ 120-160x/menit 2. Gerakan janin min 5 kali dalam 6 jam 3. Ketuban utuh 4. TBJ 2400-2500gr (SLKI,L00322)	Intervensi Utama Pemantauan DJJ SIKI Hal 239 1. Identifikasi status obstetric 2. Identifikasi riwayat obstetric 3. Identifikasin pemeriksaan kehamilan sebelumnya 4. Monitor DJJ 5. Monitor TTV Ibu 6. Atur posisi pasien 7. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 9. Informasikan hasil pemantauan
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 1 x 6 jam diharapkan tingkat nyeri menurun	Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Sikap protektif menurun (SLKI, Hal 145)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri, SIKI hal 201 1. Identifikasi lokasi nyeri 2. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 3. Berikan terapi non farmakologis 4. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri

				<p>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetik</p>
3.	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan tirah baring	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 1 x 6 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat	<p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan kegiatan sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 3. Perasaan lemah menurun (SLKI, Hal 149) 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Manajemen Energi, SIKI Hal 176</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola dan jam tidur 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 3. Sediakan lingkungan nyaman 4. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 5. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
4.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 1 x 6 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat	<p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (SLKI, Hal 146) 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Edukasi Kesehatan, SIKI Hal 65</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

5.	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 1 x 6 jam diharapkan tingkat ansietas menurun	Kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Pucat menurun 4. Pola tidur membaik (SLKI, Hal 132) 	Intervensi Utama Reduksi Ansietas, SIKI hal 387 <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 4. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, prognosis 5. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien 6. Latih teknik relaksasi
----	--	--	---	---

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny.B dengan diagnose medis Partus Prematurus Iminens (PPI) meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

Pasien Bernama Ny.B, berumur 35 tahun berjenis kelamin perempuan dengan nomer rekam medik 695xxx , dirawat di VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pasien masuk ke VK IGD pada tanggal 14 Mei 2022 dengan diagnose medis *Partus Prematurus Iminens* (PPI)

3.1.2 Riwayat Keperawatan

a. Alasan Kunjungan ke Rumah Sakit

Pada saat pasien di bawa kerumah sakit pasien mengalami perutnya kenceng-kenceng, mengeluarkan lendir putih bukan ketuban serta tidak ada darah.

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan bahwa perutnya kenceng-kenceng,

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 13 Mei 2022 pukul 22.00 WIB pasien Ny.B datang ke Ponok IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya diantar oleh suaminya

menggunakan kendaraan pribadi. Setelah dilakukan pengkajian pasien mengeluh perutnya kenceng-kenceng serta mengeluarkan lendir putih tidak ada darah dan cairan saat dilakukan cek menggunakan kertas lakmus didapatkan tidak terjadi perubahan warna jadi bukan ketuban yang dikeluarkan. Saat di Ponok oleh bidan dilakukan VT dengan hasil pembukaan 1 kemudian pada tanggal 14 Mei 2022 pasien diberikan terapi infus RL drip proterine 1 amp 14 tpm untuk relaksasi uterus lalu pasien dipindahkan ke VK IGD. Pada tanggal 15 Mei 2022 pasien masih mengalami kenceng-kenceng pada perutnya, nyerinya hilang timbul lalu diberikan terapi Infus RL drip proterine 1 amp 14 tpm dan injeksi dexamethasone 6mg untuk maturase paru. Pada saat pengkajian tanggal 16 Mei 2022 jam 07.15 WIB didapatkan pasien mengeluh perutnya kenceng-kenceng. Nyeri yang dirasakan P: Gerakan janin, Q: Kenceng-kenceng, R: Nyeri diperut, S: Skala 5 (1-10), T: Hilang timbul. Hasil pemeriksaan DJJ 148x/dop, TFU 28cm, Leopold I: Teraba bokong, Leopold II: Teraba punggung kiri (puki), Leopold III: Teraba kepala, Leopold IV: Konvergen. Pasien mendapat terapi tokolitik nifedipine untuk mencegah persalinan premature serta terapi dexamethasone untuk maturasi paru. Pasien di diagnose G6P2A3 UK 33/34 Minggu + PPI + BSC 2X

d. Riwayat Kehamilan Saat Ini

Pasien mengatakan bahwa kehamilan saat ini adalah kehamilan ke 6 dengan usia kehamilan 33/34 minggu dengan mengalami keluhan kenceng-kenceng pada perutnya.

e. Riwayat Obsetri

Dari riwayat menstruasi pada Ny.B yaitu saat menarche pada usia 13 tahun dengan siklus menstruasi teratur lama menstruasi 6 sampai 7 hari dengan 4-5 banyaknya pembalut. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) Ny.B yaitu pada tanggal 04 September 2021, Tapsiran Persalinan yaitu pada tanggal 11 Juni 2022. Dari Riwayat kehamilan Ny.B pada tahun 2014 pasien pernah hamil pada usia kehamilan 1,5 bulan namun mengalami kandungan lemah jenis persalinan abortus komplit, penolong bidan. Pada tahun 2015 pasien mengalami kehamilan ke 2 (dua) dengan usia kehamilan 2 bulan mengalami kandungan lemah, jenis persalinan abortus komplit penolong bidan. Pada tahun 2016 pasien mengalami kehamilan ke 3 yaitu dengan usia kehamilan 8 bulan mengalami penyulit KPP (Ketuban Pecah Premature) persalinan dengan jenis SC (*Sectio Caesarea*) dengan penyulit sungsang dan penolong dokter. Bayi Ny.B berjenis kelamin perempuan dengan berat badan 2.400gr serta Panjang 47cm. Pada tahun 2017 pasien mengalami KET (Kehamilan Ektopik Terganggu) penanganan laparotomi, penolong dokter. Pada tahun 2018 Ny.B mengalami kehamilan ke 5 dengan usia kehamilan 8,5 bulan) mengalami penyulit PPI persalinan dengan jenis SC (*Sectio Caesarea*) penolong dokter. Bayi Ny.B berjenis perempuan dengan berat badan 3.099gr serta Panjang 49cm. Pada tahun 2021 Ny.B mengalami kehamilan ke 6 (kehamilan saat ini) dengan usia kehamilan 8 bulan.

3.1.2 Tabel Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Ham il Ke-	Usia Kehamila n	Jenis Persalina n	Penolong Persalina n	Tempat Persalinan	L/ P	Usia	BB/ TB	Penyulit	KB
1.	Abortus/ 1,5 bulan/ kandungan lemah/ tidak dilakukan kuretase/ tahun 2014								
2.	Abortus/ 2 bulan/ kandungan lemah/ tidak dilakukan kuretase/ tahun 2015								
3.	34 minggu atau 8 bulan	SC	Dokter Spesialis	RS	P	6 thn	2400 / 47	Sungsang dan KPP	-
4.	Kehamilan ektopik terganggu (KET)/ tahun 2017 dilakukan laparatomi								Suntik 1 bln
5.	35 minggu atau 8,5 bulan	SC	Dokter Spesialis	RS	P	3,5 thn	3099 /49	Partus Prematur us Imminens (PPI)	-
6.	HAMIL INI								

f. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien melaksanakan KB dengan jenis kontrasepsi suntik, pasien melaksanakan KB setelah KET pada tahun 2017. Tidak ada masalah yang terjadi pada KB.

g. Riwayat Kesehatan

Pasien tidak pernah memiliki penyakit dan tidak pernah melakukan pengobatan, pasien tidak mempunyai penyakit keluarga seperti Diabetes Melitus, Hipertensi dan penyakit lainnya.

h. Riwayat Lingkungan

Pasien memiliki tempat tinggal di rumah susun lantai 5, lingkungan jauh dari tempat pembuangan limbah namun dekat dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Lingkungan tempat tinggal pasien bersih.

i. Aspek Psikososial

Pasien mengalami kecemasan dan khawatir pada kondisi kehamilannya saat ini, keadaan ini menimbulkan keadaan yang tidak nyaman saat melakukan kegiatan sehari-hari karena pasien mengalami nyeri sehingga mengganggu aktivitas pasien. Harapan yang diinginkan oleh pasien yaitu nyeri yang dialami segera berkurang dan pasien cepat melahirkan. Pasien tinggal bersama suami dan anak-anak. Sikap anggota keluarga terhadap kondisi pasien yaitu suami pasien selalu menemani pasien di VK IGD RSPAL dan selalu memberi semangat kepada pasien.

Masalah Keperawatan: Ansietas, Nyeri Akut**j. Kebutuhan Dasar Khusus****1) Pola Nutrisi**

Pasien mempunyai nafsu makan yang baik frekuensi makan 2x sehari, jenis makanan yaitu nasi, sayur, lauk dan buah. Pasien memiliki riwayat alergi makanan seafood. Kebiasaan pasien mengkonsumsi kopi, pasien kurang menyukai minum air putih.

2) Pola Eliminasi

Pola eliminasi BAK pasien mengalami BAK 1-3 kali sehari berwarna kuning jernih, keluhan yang dialami saat BAK yaitu sulit BAK karena pasien tidak suka atau kurang minum air putih. Pola

eliminasi BAB pasien mengalami BAB 1 kali berwarna kuning kecokelatan, berbau khas, konsistensi lembek serta tidak mengalami keluhan.

3) Pola Personal Hygiene

Selama dirumah sakit pasien diseka sehari 2x dengan menggunakan sabun, pasien melakukan oral hygiene sehari 2x, selama di rumah sakit pasien tidak pernah mencuci rambut.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien selama dirumah sakit pola tidur dalam sehari 5 jam, kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu mencuci wajah setelah itu berdoa. Keluhan yang dialami pasien pada pola istirahat dan tidur yaitu sering terbangun karena merasakan perutnya yang kencangkencang.

Masalah Keperawatan: Gangguan Pola Tidur

5) Pola Aktifitas dan Latihan

Kegiatan pasien dalam waktu luang yaitu mengantarkan anaknya sekolah, keluhan pasien selama beraktifitas yaitu pasien selalu naik turun tangga karena tempat tinggal pasien di rumah susun lantai 5.

6) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien tidak pernah merokok, tidak pernah minum-minuman keras dan tidak pernah memiliki ketergantungan obat.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien lemah, sedikit pucat, kesadaran composmentis, saat diobservasi tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD: 130/80 mmHg, Nadi: 85x/menit, RR: 20x/menit, S: 36.5°C. Saat dikaji BB sebelum hamil: 58kg dan BB sesudah hamil 67,2kg, tinggi badan 155cm. Bentuk kepala simetris, bersih dan tidak ada lesi serta tidak ada keluhan. Kelopak mata tidak ada peradangan, tidak ada lesi dan tidak ada oedema, gerakan mata simetris, konjungtiva merah mudah, sklera tidak ikterik, pupil isokor, akomodasi normal, keluhan tidak ada. Hidung simetris, tidak ada peradangan, tidak ada kelainan, reaksi alergi tidak ada, tidak ada sinusitis. Tidak ada gigi geligi, tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada gusi, tidak ada nyeri telan. Mamae tidak membesar, areolla mamae tidak menonjol, colostrum belum keluar. Tidak ada sumbatan jalan napas, tidak ada suara napas tambahan, tidak menggunakan alat bantu napas. Kecepatan denyut apical 85x/menit, irama regular, tidak ada kelainan bunyi jantung, S1/S2 tunggal, tidak ada nyeri dada.

Pada abdomen Tinggi Fundus Uterus (TFU) 28cm, tidak ada kontraksi, Leopold I teraba lunak dan bulat (bokong) adanya his 1x10, Leopold II teraba ekstremitas janin, teraba keras panjang sebelah kiri (punggung) saat diperiksa djj hasil 148x/dop, Leopold III teraba keras, bulat dan melenting (kepala), Leopold IV belum masuk PAP (kovergen), ada nya hiperpigmentasi, tidak ada linea nigra, ada striae lividae, fungsi pencernaan baik dan tidak ada masalah, perineum utuh tidak ada bekas jahitan, pada vesika urinaria tidak teraba penuh, mengalami hemorroid ± 18 tahun, hemorroid derajat 2 tidak mengalami nyeri, pada vagina tidak ada varises, tampak adanya lender, tidak keputihan dan tidak ada jenis serta warna. Tugor kulit elastis, warna kulit kuning langsung, tidak ada kontraktur, tidak ada

kesulitan dalam bergerak. Pasien tidak pernah mengikuti senam hamil, 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.

3.1.4 Data Penunjang

Pada tanggal 13 Mei 2022 dilakukan pemeriksaan Laboratorium

3.1.4 Tabel Hasil pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
HEMATOLOGI		
Darah Lengkap		
Leukosit	7.97 10 ³ /μL	4.00- 10.00
Hitung Jenis Leukosit :		
Neutrofil%	72.30 %	50.0 - 70.0
Hemoglobin	11.60 g/dL	12 – 15
Hematokrit	35.70 %	37.0 - 47.0
Eritrosit	4.23 10 ⁶ /μL	3.50 - 5.00
Trombosit	266.00 10 ³ /μL	150 – 450
PCT	0.229 10 ³ /μL	1.08 - 2.82
SGOT	14 U/L	0-35
SGPT	4 U/L	0-37
FUNGSI GINJAL		
Kreatinin	0.59 mg/dL	0.6- 1.5
BUN	7 mg/dL	10– 24
ELEKTROLIT & GAS DARAH		
Natrium (Na)	141.0 mEq/L	135– 147
Kalium (K)	3.51 mmol/L	3.0- 5.0
Clorida (Cl)	107.5 mEq/L	95 - 105

3.1.5 Pemberian Terapi

3.1.5 Tabel Pemberian terapi

Terapi yang diberikan	Dosis	Indikasi
- Infus RL drip proterin	1 amp 14 tpm	Untuk relaksasi uterus (rahim)
- Maturase paru (Inj. Dexamentasone)	6mg	Untuk pematangan paru
- Tekolitik Nifedipine	30mg	Untuk menghambat kalsium masuk ke dalam sel sehingga pada akhirnya mengurangi kontraksi otot.

3.2 Analisa Data

3.2 Tabel Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DO: - Usia kehamilan 33/34 minggu - Ancaman persalinan premature - Riwayat abortus sebelumnya - Riwayat PPI sebelumnya	Faktor Risiko - Paritas Banyak - Nyeri pada abdomen - Riwayat persalinan sebelumnya - Efek agen farmakologis Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi	Resiko Cidera Pada Janin (D.0138)
2.	DS: Pasien mengatakan kenceng-kenceng pada perutnya P: Gerakan janin Q: Kencemg-kenceng R: Nyeri diperut S: Skala 5 (1-10) T: Hilang timbul DO:	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan saat kencang-kencang - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak cemas - Pasien tampak menangis jika keluhan nyeri - K/U lemah, sedikit pucat - TD: 130/80 mmHg - Nadi: 85x/menit - His 1x10 		
3.	<p>DS: Pasien mengatakan selama dirumah sakit tidur dalam sehari 5 jam pada malam hari dan sering terbangun karena merasakan perutnya yang kencang-kencang.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/80 mmHg - K/U lemah dan sedikit pucat - Pasien tampak gelisah - Pasien bingung untuk mengubah posisi saat tidur karena nyeri - Pasien tidak nyaman saat tidur karena merasakan nyeri pada perutnya 	Kurang control tidur	Gangguan Pola Tidur (D.0055)
4.	<p>DS: Pasien mengatakan cemas dan khawatir pada kondisi kehamilannya saat ini</p> <p>DO:</p>	Kurang terpapar informasi	Ansietas (D.0080)

	<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak gelisah- Pasien sulit tidur di malam hari- TD: 130/80 mmHg- Nadi: 85x/menit- K/U lemah dan sedikit pucat- His 1x10		
--	---	--	--

3.3 Intervensi Keperawatan


3.3 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Resiko cidera pada Janin dibuktikan dengan Kondisi klinis: Masalah Kontraksi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2x6 jam diharapkan tidak terjadi cidera pada janin	Kriteria Hasil: 1. DJJ 120-160x/menit 2. Gerakan janin min 5 kali dalam 6 jam 3. Ketuban utuh 4. TBJ 2400-2500gr (SLKI,L00322)	Intervensi Utama Pemantauan DJJ SIKI Hal 239 1. Identifikasi status obstetric 2. Identifikasi riwayat obstetric 3. Identifikasin pemeriksaan kehamilan sebelumnya 4. Monitor DJJ 5. Monitor TTV Ibu 6. Atur posisi pasien 7. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 9. Informasikan hasil pemantauan
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2 x 6 jam diharapkan tingkat nyeri menurun	Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Sikap protektif menurun (SLKI, Hal 145)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri, SIKI hal 201 1. Identifikasi lokasi nyeri 2. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 3. Berikan terapi non farmakologis 4. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur

				6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. 7. Kolaborasi pemberian tokolitik
3.	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang control tidur	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2 x 6 jam diharapkan pola tidur membaik	Kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan tidak puas tidur membaik 3. Keluhan istirahat tidak cukup membaik (SLKI, Hal 196)	Intervensi Utama Dukungan Tidur, SIKI hal 48 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Modifikasi lingkungan tidur 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 6. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur 7. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.
4.	Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2 x 6 jam diharapkan tingkat ansietas menurun	Kriteria hasil: 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Pucat menurun 4. Pola tidur membaik (SLKI, Hal 132)	Intervensi Utama Reduksi Ansietas, SIKI hal 387 1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 4. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, prognosis 5. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien 6. Latih teknik relaksasi

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Jam	No DX	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
Senin/16 Mei 2022	07.00	1,2,3,4	Operan dari jaga malam ke pagi		Senin/16 Mei 2022 13.00	DX 1: Risiko Cidera Pada Janin S: Pasien mengatakan Gerakan janin aktif O: DJJ: 148x/dop, TD: 130/80 mmHg N: 85x/menit, kenceng-kenceng namun tidak ada his A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
	07.15	1,2,3,4	Observasi DJJ & Leopold				
		1	Djj: 148x/dop, TFU 28cm				
		1	Leopold I: Teraba bokong Leopold II: Teraba punggung kiri (puki) Leopold III: Teraba kepala Leopold IV: Konvergen				
	08.00	2	Observasi keluhan pasien hari ini mengatakan bahwa perutnya kenceng-kenceng			DX 2: Nyeri Akut S: Pasien mnegatakan perutnya masih kenceng-kenceng O: Pasien tampak meringis serta mengelus perutnya serta merintih kesakitan, K/U lemah dan pucat. TD: 130/80mmHg N: 85x/menit	
	08.10	2	Mengidentifikasi lokasi nyeri atau kenceng-kenceng pada pasien.				
		2	P: Gerakan janin Q: Kencemg-kenceng R: Nyeri diperut				

			S: Skala 5 (1-10) T: Hilang timbul			A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	09.00	3	Mengidentifikasi pola tidur pasien, jika perutnya terasa kenceng-kenceng	<i>PA</i>		DX 3: Gangguan Pola Tidur	
	10.00	1	Diberikan Inf.RL drip proterin 1 amp 14 tpm	<i>PA</i>		S: Pasien mengatakan malam sering terbangun karena perutnya terasa kenceng-kenceng	<i>PA</i>
		4	Mengkaji tingkat ansietas pasien Saat dikaji pasien gelisah	<i>PA</i>		O: Pasien tampak lemah TD: 130/80mmHg	
	10.15	1	Observasi DJJ hasil: 141x/dop	<i>PA</i>		A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
		1,2	His 1x10				
	10.25	2	Mengajarkan pasien jika merasa kenceng-kenceng	<i>PA</i>		DX 4: Ansietas	
		2	Tarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri			S: Pasien mengatakan masih cemas dengan kondisinya	<i>PA</i>
	11.30	3	Memberikan edukasi tentang pentingnya tidur cukup	<i>PA</i>		O: Pasien tampak gelisah dan khawatir, Pasien tampak lemah TD: 130/80mmHg	
	12.00	3	Mengkaji makanan dan minuman yang mengganggu tidur			A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
		1	Observasi DJJ: 148x/dop				
	12.30	1,2,3,4	Observasi TTV TD: 130/80 mmHg N: 85x/menit S: 36.5	<i>PA</i>			

	12.45	2	RR: 20x/menit SPO2: 99% Keluhan pasien perutnya masih kenceng-kenceng, namun tidak ada His.	<i>PA</i>			
Selasa/ 17 Mei 2022	07.00 07.30 07.45 08.00 08.30 09.00 09.30	1,2,3,4 1,2 1 1 2 4 1	Operan dari jaga malam ke pagi Mengganti cairan RL Observasi DJJ dengan hasil 145x/dop dan keluhan kenceng-kenceng berkurang Merencanakan USG Fetomaternal di E1 Mengantarkan pasien USG di E1 Mengkaji nyeri pada pasien (Pasien mengatakan tidak nyeri) Mengkaji ansietas pasien (Pasien masih tampak gelisah) Pasien masuk ke ruang Tindakan USG Feto	<i>PA</i> <i>PA</i> <i>PA</i> <i>PA</i> <i>PA</i> <i>PA</i> <i>PA</i>	Selasa/ 17 Mei 2022 13.00	DX 1: Risiko Cidera Pada Janin S: Pasien mengatakan gerakan janin aktif O: Hasil USG Feto hasil dengan janin tunggal hidup, laki-laki biometri janin sesuai dengan Usia Kehamilan 33/34 Minggu dengan TBJ 2100g. Plasenta fundus, grade 3 ketuban cukup. Doppler dalam Batasan normal dengan CPR > 1.0 dan tidak didapatkan brain sparing effect CL 4,3 cm dengan tidak didapatkan funneling risiko melahirkan dalam waktu 2 minggu. Hasil Djj: 150x/dop TD: 121/78, N: 89x/menit, His: 1x10 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	<i>PA</i>

10.00	1,4	Mengkaji ansietas (Pasien sudah tampak lega, sudah mengetahui hasil USG tidak ada masalah dan mengetahui jenis kelamin anaknya laki laki pasien merasa senang)	<i>Pat</i>	DX 2: Nyeri Akut	<i>Pat</i>
11.00	1,2,3,4	Kembali ke ruangan dan rencana aff infus pasien	<i>Pat</i>	S: Pasien mengatakan kenceng-kenceng sedikit berkurang O: K/U lemah TD: 121/78mmHg N: 89x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
11.30	1	Observasi djj dan TTV Hasil Djj: 150x/dop		DX 3: Gangguan Pola Tidur	
	1,2	TD: 121/78, N: 89x/menit, S: 36.2 SPO2: 98% RR: 19x/menit	<i>Pat</i>	S: Pasien mengatakan malam sering terbangun namun 1x saja tidak seperti kemarin O: Pasien tampak lemah TD: 121/78mmHg A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	<i>Pat</i>
12.15	2	His: 1x10, Pasien tampak meringis kesakitan sambil mengelus perutnya	<i>Pat</i>		
12.20	2	Menganjurkan pasien Tarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	<i>Pat</i>		
12.30	3	Mengkaji pola tidur pasien semalam		DX 4: Ansietas	<i>Pat</i>
12.45	1,2,3,4	Pasien dipindahkan di ruang F1 dengan kondisi pasien lemah, terpasang infus RL ditangan sebelah kanan	<i>Pat</i>	S: Pasien mengatakan senang mengetahui hasil jenis kelamin anaknya laki-laki dan USG Feto tidak ada masalah O: Pasien tampak lega Pasien tampak lemah TD: 130/80mmHg	

						A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	
--	--	--	--	--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini membahas asuhan keperawatan pada Ny.B dengan diagnose medis PPI di VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 16 Mei 2022 sampai 17 Mei 2021 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian dengan melihat kondisi langsung Ny.B dan mendapat data dari pemeriksaan penunjang medis. Penulis melakukan wawancara atau pengkajian secara langsung kepada Ny.B yang berada di kamar no 2A VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1. Identitas

Data yang didapatkan, Pasien Ny.B berjenis kelamin perempuan, berusia 35 tahun. Menurut (Wahyuni & Aditia, 2018) Persalinan premature dapat menyebabkan kematian bagi ibu dan janin jika kondisi keduanya buruk. Menurut pendapat penulis pasien dengan *Partus Prematurus Imminens* PPI yaitu sebagai ancaman persalinan premature dan beresiko terhadap janin yang akan lahir premature yang didukung oleh Syarif et al., 2017 Persalinan preterm merupakan persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu (20-<37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram. Penyebab terjadinya *Partus Prematurus Imminens* (PPI) ada 3 yaitu faktor ibu, faktor kehamilan, faktor janin. Faktor ibu yaitu jika usia lebih dari 35 tahun endometrium yang kurang subur

memperbesar kemungkinan untuk menderita kelainan kongenital, sehingga berakibat terhadap kesehatan ibu maupun perkembangan janin yang berisiko untuk mengalami persalinan premature (Maita, 2012). Faktor kehamilan yaitu kehamilan dengan hidramnion, Kehamilan ganda, Perdarahan antepartum, pre eklamsi, Ketuban pecah dini. Faktor janin yaitu Cacat Bawaan, Infeksi dalam Rahim.

Data yang di dapat Ny.B memiliki riwayat obstetri jelek dibuktikan dengan kehamilan ke 1 dan ke 2 mengalami abortus, kehamilan ke 3 mengalami KPP, kehamilan ke 4 pasien mengalami KET, Kehamilan ke 5 mengalami penyulit PPI dan memiliki riwayat SC. Menurut asumsi penulis riwayat obstetri sangat berpengaruh bagi kehamilan selanjutnya didukung dengan teori Riwayat obstetri buruk ini dapat berupa abortus, kematian pada janin, eklamsi dan pre-eklamsi, *sectio caesarea*, persalinan lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan perdarahan post partus. Ibu bersalin yang memiliki riwayat abortus sebaiknya menjaga jarak kehamilan berikutnya agar keadaan uterus dan kondisi ibu pulih kembali (Dan & Obstetri, 2013). Data yang di dapat Ny.B faktor riwayat obstetric jelek selain dari kehamilan dan persalinan juga dari kondisi lingkungan rumah Ny.B yang berada di rusun lantai 5 sehingga menyebabkan Ny.B memiliki kandungan lemah.

2. Riwayat Penyakit

Data riwayat penyakit sekarang pasien datang ke IGD RSPAL dengan keluhan pasien mengalami perutnya kenceng-kenceng serta mengeluarkan lendir putih namun tidak ada darah dan cairan namun bukan ketuban. Menurut Yasa et al., 2019 Kontraksi uterus merupakan tanda dan gejala utama *Partus Prematurus Imminens*,

maka inhibisi kontraksi uterus dengan tokolitik dilakukan untuk memperlama kehamilan serta menunda persalinan.

3. Riwayat Obstetri

Data yang didapatkan, Ny.B pernah mengalami riwayat kehamilan Ny.B kehamilan ke 1 dan ke 2 mengalami abortus, kehamilan ke 3 mengalami KPP persalinan dengan jenis SC (*Sectio Caesarea*) dengan penyulit sungsang dan penolong dokter. Kehamilan ke 4 pasien mengalami KET (Kehamilan Ektopik Terganggu) penanganan laparotomi, penolong dokter. Kehamilan ke 5 mengalami penyulit PPI persalinan dengan jenis SC (*Sectio Caesarea*) penolong dokter. Kehamilan ke 6 yaitu kehamilan saat ini. Menurut asumsi penulis, pada wanita dengan paritas tinggi memiliki minimnya pengalaman, kesiapan, dan pengetahuan dalam menghadapi kehamilan dan cara menjaga kehamilan. Sehingga dapat menimbulkan beberapa penyulit kehamilan seperti PPI. Didukung menurut Novi & Lilik, 2013 jika terlalu sering melahirkan, rahim akan menjadi semakin lemah karena jaringan parut uterus akibat kehamilan berulang. Jaringan parut ini menyebabkan tidak adekuatnya persediaan darah ke plasenta, sehingga plasenta tidak mendapat aliran darah yang cukup untuk menyalurkan nutrisi ke janin akibatnya pertumbuhan janin terganggu. Hal tersebut akan meningkatkan resiko terjadinya persalinan preterm.

Data yang didapatkan riwayat menstruasi pada Ny.B yaitu saat menarche pada usia 13 tahun dengan siklus menstruasi teratur lama menstruasi 6 sampai 7 hari. Pada usia menarche 13 tahun pada pasien PPI, hal ini didukung oleh penelitian Sulistyawati dan Nugraheny (2013) mengatakan pengkajian riwayat haid menarche

dimana umumnya usia pertama kali menstruasi di Indonesia adalah umur 12-16 tahun.

4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien PPI yaitu Pemeriksaan obstetric sangat dibutuhkan untuk membantu penegakkan diagnosis, Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan vaginal toucher pada kehamilan preterm yang belum memasuki masa persalinan dapat mengakumulasi serviks dengan flora vagina yang dapat menjadi pathogen sehingga menimbulkan pelepasan prostaglandin, infeksi intrauterin dan persalinan preterm (Nisa & Puspitasari, 2015). Pada kasus didapatkan pasien mengalami kenceng-kenceng atau nyeri pada perut, His merupakan adanya kontraksi his yang berulang kali namun tidak teratur baik waktu ataupun durasinya, dan terjadi beberapa kali dalam sehari. Menurut teori Yasa et al., 2019 kontraksi uterus merupakan tanda dan gejala utama *Partus Prematurus Imminens*, maka inhibisi kontraksi uterus dengan tokolitik dilakukan untuk memperlama kehamilan serta menunda persalinan. Pemeriksaan antenatal care yang maksimal dan seksama memungkinkan pada saat anamnesis, pemeriksaan obstetrik dan pemeriksaan penunjang dengan USG dapat mencegah kemungkinan persalinan premature (Dewi, 2017).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus disesuaikan dengan kondisi pasien saat pengkajian berlangsung. Terdapat 4 diagnosa sebagai berikut:

1. Resiko Cidera Pada Janin dibuktikan dengan Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi

Saat dilakukan pengkajian pada pasien didapatkan faktor risiko cidera pada janin yaitu paritas banyak, nyeri pada abdomen, riwayat persalinan sebelumnya, efek agen farmakologis pemberian tokolitik nifedipine dibuktikan dengan kondisi klinis terkait dengan masalah kontraksi. Pada faktor risiko paritas banyak dengan pasien mengalami kehamilan ke 1 dan ke 2 mengalami abortus, kehamilan ke 3 mengalami KPP persalinan dengan jenis SC (*Sectio Caesarea*) dengan penyulit sungsang dan penolong dokter. Kehamilan ke 4 pasien mengalami KET (Kehamilan Ektopik) penanganan laparotomi, penolong dokter. Kehamilan ke 5 mengalami penyulit PPI persalinan dengan jenis SC (*Sectio Caesarea*) penolong dokter. Kehamilan ke 6 yaitu kehamilan saat ini. Pada faktor risiko nyeri abdomen yaitu ditandai dengan kenceng-kenceng pada perut dengan his 1x10. Pada faktor risiko riwayat persalinan sebelumnya pada Ny.B riwayat persalinan sebelumnya pernah mengalami KPP dan PPI. Pada faktor resiko efek agen farmakologis pemberian tokolitik nifedipine yang digunakan untuk menghambat kalsium masuk ke dalam sel sehingga pada akhirnya mengurangi kontraksi otot sehingga dapat menyebabkan konstiksi ductus artetriosus, oligohidramnion, dan hipertensi pulmoner neonates (Deitra L,2013). Pada tanggal 17 Mei 2022 dilakukan pemeriksaan USG Fetomaternal yaitu didapatkan hasil dengan janin tunggal hidup, laki-laki biometri janin sesuai dengan Usia Kehamilan 33/34 Minggu dengan TBJ 2100g. Plasenta

fundus, grade 3 ketuban cukup. Doppler dalam Batasan normal dengan CPR > 1.0 dan tidak didapatkan brain sparing effect CL 4,3 cm dengan tidak didapatkan funneling risiko melahirkan dalam waktu 2 minggu.

Risiko cedera pada janin merupakan beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik pada janin, selama proses kehamilan dan persalinan (SDKI, 2017). Gangguan kesehatan yang terjadi selama kehamilan dapat mempengaruhi kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan pertumbuhan bayi selanjutnya (Setiawan, Lipoeto, & Izzah, 2013) Masalah Resiko Cidera Pada Janin dibuktikan dengan Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi, muncul sebagai salah satu masalah yang dialami Ny.B. Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosis Masalah Resiko Cidera Pada Janin dibuktikan dengan Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Data pengkajian pada pasien didapatkan keluhan subjektifnya pasien mengatakan kenceng-kenceng pada perutnya. Pada keluhan objektifnya pasien tampak meringis kesakitan saat kenceng-kenceng, pasien tampak gelisah, pasien tampak cemas, pasien tampak menangis jika keluhan nyeri, K/U lemah, sedikit pucat, TD: 130/80 mmHg, Nadi: 85x/menit, His 1x10 P: Gerakan janin, Q: Kenceng-kenceng, R: Nyeri diperut, S: Skala 5 (1-10), T: Hilang timbul. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017). Adanya kontraksi dan harus dibedakan antara kontraksi sebenarnya dan kontraksi palsu, kontraksi yang sebenarnya disertai dengan adanya pembukaan dan

penipisan serviks dan terjadi pada usia kehamilan < 37 minggu (Cunningham,2013). Wanita perlu memahami keamanan analgesik dan risiko mengobati dengan tidak menimbulkan rasa sakit selama kehamilan. banyak ibu hamil masih kurang pengetahuan tentang nama-nama obat yang aman dikonsumsi selama kehamilan. Kesalahan pemilihan dan penggunaan obat dapat menyebabkan risiko fatal bagi ibu dan bayinya. Pemahaman ibu hamil merupakan salah satu faktor penting dalam pencegahan efek teratogenik yang ditimbulkan oleh obat-obatan (Kumala Dewi et al., 2020). Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosis Masalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis.

3. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang control tidur

Data pengkajian pada pasien didapatkan keluhan subjektifnya pasien mengatakan selama dirumah sakit tidur dalam sehari 5 jam pada malam hari dan sering terbangun karena merasakan perutnya yang kencang-kencang. Pada keluhan objektifnya TD: 130/80 mmHg, K/U lemah dan sedikit pucat, pasien tampak gelisah, pasien bingung untuk mengubah posisi saat tidur karena nyeri, pasien tidak nyaman saat tidur karena merasakan nyeri pada perutnya. Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (SDKI, 2017). Gerakan janin juga sering mengganggu istirahat ibu sehingga ibu sulit tidur nyenyak saat malam hari dan mengakibatkan kurangnya kualitas tidur ibu hamil (Fauziah, 2012). Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosis Masalah Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang control tidur.

4. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi

Data pengkajian pada pasien didapatkan keluhan subjektifnya pasien mengatakan cemas dan khawatir pada kondisi kehamilannya saat ini. Pada keluhan objektifnya pasien tampak gelisah, pasien sulit tidur di malam hari, TD: 130/80 mmHg, Nadi: 85x/menit, K/U lemah dan sedikit pucat. Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu untuk melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2017). Menurut Alder, dkk (2017) Kecemasan selama kehamilan berdampak negatif pada ibu hamil sejak masa kehamilan hingga persalinan, seperti kelahiran prematur. Janin yang gelisah sehingga menghambat pertumbuhannya, melemahkan kontraksi otot rahim. Dampak tersebut dapat membahayakan janin, dalam penelitiannya bahwa kehamilan dengan kecemasan yang tinggi akan mempengaruhi hasil perkembangan saraf janin yang berkaitan dengan perkembangan kognitif, emosi dan perilaku sampai masa kanak-kanak. Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosis Masalah Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan kriteria waktu dalam intervensinya dengan berdasarkan bahwa penulis ingin berupaya memandirikan pasien dengan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku (afektif), dan keterampilan menangani masalah

(psikomotor). Setiap diagnosis terdapat intervensinya masing-masing, pada tinjauan kasus rencana tindakan sama dengan tinjauan pustaka mengenai jumlah intervensinya tetapi berbeda dalam pelaksanaannya sesuai dengan keadaan pasien.

1. Perencanaan diagnosis keperawatan 1 Resiko Cidera Pada Janin dibuktikan dengan Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi

Pada pasien dengan *partus prematurus imminens* (PPI) perlu dilakukan Penatalaksanaan yang tepat pada pasien yaitu mempertahankan kehamilan sampai usia kehamilan mencapai usia aterm. Penatalaksanaan konservatif meliputi pemberian obat sebagai tokolitik dan pemberian obat untuk pematangan paru janin (Mulyana, 2017).

Tujuan dari perencanaan diagnosa Resiko Cidera Pada Janin yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x6jam diharapkan tidak terjadi cidera pada janin dengan kriteria hasil DJJ 120-160x/menit, Gerakan janin min 5 kali dalam 6 jam, Ketuban utuh, TBJ 2400-2500gr.

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah (1) Pemantauan DJJ dengan (a) Identifikasi status obstetric, (b) Identifikasi riwayat obstetric, (c) Identifikasin pemeriksaan kehamilan sebelumnya, (d) Monitor DJJ, (e) Monitor TTV Ibu, (f) Atur posisi pasien, (g) Lakukan manuver leopard untuk menentukan posisi janin, (h) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, (i) Informasikan hasil pemantauan.

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan Tindakan monitoring DJJ, monitoring tanda-tanda vital setiap shift, selalu lakukan leopard untuk menentukan posisi janin sebelum DJJ, kolaborasi pemberian tokolitik nifedipine dan dexamenthasone, cairan RL drip proterin sesuai

advis dokter, serta anjurkan pasien untuk badrest, dokumentasikan hasil DJJ, kolaborasi USG Fetomaternal.

2. Perencanaan diagnosis keperawatan 2 Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Pada pasien PPI perlu dilakukan tindakan monitoring pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, onset, kualitas, skala dan faktor pencetus nyeri, ajarkan penggunaan teknik manajemen nyeri (nafas dalam, distraksi), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tokolitik sesuai indikasi (Asikin & Nasir, 2016).

Tujuan dari perencanaan diagnosa nyeri akut yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x6 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, sikap protektif menurun.

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah Manajemen Nyeri (a) Identifikasi lokasi nyeri, (b) identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, (c) berikan terapi non farmakologis, (d) control lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (e) fasilitasi istirahat dan tidur, (f) ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, (g) kolaborasi pemberian analgetic

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan tindakan monitoring tanda-tanda vital setiap shift, monitor pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan teknik non farmakologis (misal, tarik nafas dalam, distraksi, dll), dokumentasikan pemberian obat sesuai dengan advis dokter yaitu tokolitik nifedipine 30mg.

3. Perencanaan diagnosis keperawatan 3 Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang control tidur

Pada pasien PPI yang mengalami diagnose keperawatan gangguan pola tidur dikarenakan gerakan janin sehingga ibu sulit tidur nyenyak saat malam hari dan mengakibatkan kurangnya kualitas tidur ibu hamil (Fauziah, 2012).

Tujuan dari perencanaan diagnosa gangguan pola tidur yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x6 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur membaik, keluhan tidak puas tidur membaik, keluhan istirahat tidak cukup membaik

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah Dukungan tidur (a) Identifikasi pola aktifitas dan tidur, (b) identifikasi faktor pengganggu tidur, (c) identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, (d) modifikasi lingkungan tidur, (e) lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, (f) anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur, (g) ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan tindakan monitor pola tidur, monitor faktor prnganggu tidur, menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur.

4. Perencanaan diagnosis keperawatan 4 Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi

Pada pasien PPI Menurut Alder, dkk (2017) Kecemasan selama kehamilan seperti kelahiran prematur. Janin yang gelisah sehingga menghambat pertumbuhannya, melemahkan kontraksi otot rahim.

Tujuan dari perencanaan diagnose ansietas yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x6 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pucat menurun, pola tidur membaik.

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah Reduksi Ansietas (a) monitor tanda-tanda ansietas, (b) temani pasien untuk mengurangi kecemasan, (c) motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, (d) informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, prognosis, (e) anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, (f) latih teknik relaksasi.

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan tindakan monitor tanda ansietas, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, melatih teknik relaksasi.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Ny.B yang sebenarnya.

1. Pelaksanaan diagnosis keperawatan 1 Resiko Cidera Pada Janin dibuktikan dengan Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi

Pelaksanaan yang dilakukan mulai tanggal 16 Mei 2022 sampai 17 Mei 2022.

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan Tindakan monitoring DJJ, monitoring tanda-tanda vital setiap shift,

selalu lakukan Leopold untuk menentukan posisi janin sebelum DJJ, kolaborasi pemberian tokolitik nifedipine dan dexamethasone, cairan RL drip proterin sesuai advis dokter, serta anjurkan pasien untuk *bedrest*, dokumentasikan hasil DJJ, kolaborasi USG Fetomaternal.

Evidence based yang telah dilakukan oleh peneliti lain menyatakan Denyut jantung janin normal adalah frekuensi detak rata-rata wanita tidak sedang bersalin. Rentang normal adalah 120-160 detak /menit (Cookson & Stirk, 2019). Aktivitas dinamika jantung dipengaruhi oleh sistem syaraf autonom yaitu simpatis dan parasimpatis. Bunyi jantung dasar variabilitas dari jantung janin normal terjadi bila oksigen jantung normal. Bila cadangan plasenta untuk nutrisi cukup, maka akan menghasilkan akselerasi bunyi jantung janin. Kelainan detak jantung janin berupa takikardi maupun bradikardi dapat terjadi pada janin. Apabila janin mengalami gawat janin maka dapat menyebabkan asfiksia intrauterin dan IUID (Nugroho, 2014). Persalinan preterm perlu dicegah, salah satu caranya adalah dengan pemberian tokolitik yang dapat mencegah berlanjutnya proses persalinan yang bermanfaat setidaknya memberi kesempatan proses pematangan paru (Serudji, 2019). Menurut Jain dan Bennerman (2019) pentingnya *bedrest* sebagai langkah awal dalam pengelolaan prematur yang berisiko mengurangi kejadian persalinan kurang bulan.

Menurut penulis dengan dilakukan pemantauan DJJ sangat penting dan harus dilakukan oleh ibu hamil karena untuk mengetahui atau mendeteksi pola perubahan detak jantung yang terlalu cepat atau lambat menandakan kemungkinan adanya masalah pada janin sehingga dapat menimbulkan masalah resiko cedera pada janin.

2. Pelaksanaan diagnosis keperawatan 2 Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Pelaksanaan yang dilakukan mulai tanggal 16 Mei 2022 sampai 17 Mei 2022.

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan tindakan monitoring tanda-tanda vital setiap shift, monitor pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan teknik non farmakologis (misal, tarik nafas dalam, distraksi, dll), dokumentasikan pemberian obat sesuai dengan advis dokter yaitu tokolitik nifedipine 30mg.

Evidence based yang telah dilakukan oleh peneliti lain menyatakan keluhan nyeri dapat dikurangi dengan adanya terapi non farmakologis berupa teknik relaksasi nafas dalam (SS et al., 2017). Teori gerbang terbuka menyatakan bahwa dengan adanya suatu stimulasi dari luar, impuls yang ditransmisikan oleh serabut berdiameter besar akan menghambat impuls dari serabut berdiameter kecil, sehingga sensasi yang dibawa oleh serabut kecil akan berkurang atau bahkan tidak dihantarkan ke otak oleh substansia gelatinosa (Mayor et al., 2017). Keluhan nyeri pada PPI dapat dikurangi dengan pemberian tokolitik nifedipine, tokolitik merupakan agen farmakologis dan terapi yang digunakan dalam mencegah kelahiran prematur, merelaksasi endometrium uterus dan menghambat kontraksi uterus sehingga dapat memperpanjang masa kehamilan dan mengurangi komplikasi neonatal (Karmelita, 2020).

3. Pelaksanaan diagnosis keperawatan 3 Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang control tidur

Pelaksanaan yang dilakukan mulai tanggal 16 Mei 2022 sampai 17 Mei 2022

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan tindakan monitor pola tidur, monitor faktor prnganggu tidur, menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur.

Dampak gangguan pola tidur jika terjadi secara berkepanjangan selama kehamilan maka dikhawatirkan bayi yang akan dilahirkan memiliki berat badan lahir rendah (BBLR), perkembangan sarafnya tidak seimbang, lahir prematur dan melemahnya sistem kekebalan tubuh bayi. Untuk menangani masalah gangguan tidur pada ibu hamil, kita dapat memberikan beberapa metode untuk menstabilkan kualitas tidur yang baik, seperti menentukan posisi yang baik dan nyaman saat tidur (Marwiyah & Sufi, 2018).

Menurut penulis monitor pola tidur yang baik sangat bermanfaat bagi ibu hamil dan janin karena dengan kualitas tidur yang tidak baik dapat membuat pertumbuhan janin dan pergerakan janin yang dapat menekan kandung kemih sehingga dapat meningkatkan frekuensi buang air kecil, beban tubuh yang semakin berat sehingga dapat merubah struktur tulang belakang sehingga ibu hamil dapat merasakan ketidaknyamanan di daerah pinggang, begitu juga di bagian ekstremitas yang terkadang ibu hamil suka mengalami kram.

4. Pelaksanaan diagnosis keperawatan 4 Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi

Pelaksanaan yang dilakukan mulai tanggal 16 Mei 2022 sampai 17 Mei 2022.

Pada kasus Ny.B beberapa intervensi untuk mencapai tujuan antara lain direncanakan tindakan monitor tanda ansietas, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, melatih teknik relaksasi.

Evidence based yang telah dilakukan oleh peneliti lain menyatakan Kondisi ini dapat menimbulkan perubahan psikologis ibu hamil, yang terkadang perubahan fisik yang dialaminya dapat menimbulkan kecemasan, dan kekhawatiran saat menghadapi persalinan, Stres ringan menyebabkan janin mengalami peningkatan denyut jantung, tetapi stres yang berat dan lama akan membuat janin menjadi menjadi lebih hiperaktif (Marwiyah & Sufi, 2018).

Menurut Penulis dengan melatih teknik relaksasi dapat bermanfaat menstabilkan kecemasan dan mengurangi rasa takut dan mendapatkan informasi yang mempersiapkan mereka untuk mengalami apa yang akan terjadi selama persalinan dan kelahiran.

4.5 Evaluasi Keperawatan

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. Evaluasi disusun menggunakan SOAP

secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif (dengan proses dan evaluasi akhir).

Pada tinjauan kasus pada pasien dengan *partus prematurus imminens* (PPI) di Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya dilaksanakan evaluasi dengan membandingkan tujuan dan kriteria hasil dengan hasil implementasi dengan menggunakan kriteria evaluasi subyektif, obyektif, assessment, dan planning, sedangkan hasil terperinci masing-masing diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Evaluasi diagnosis keperawatan 1: Resiko Cidera Pada Janin dibuktikan dengan Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi

Hari pertama pelaksanaan Pasien mengatakan Gerakan janin aktif, DJJ: 148x/dop, hari pelaksanaan kedua dari hasil USG Fetomaternal Hasil USG Feto hasil dengan janin tunggal hidup, laki-laki biometri janin sesuai dengan Usia Kehamilan 33/34 Minggu dengan TBJ 2100g. Plasenta fundus, grade 3 ketuban cukup. Doppler dalam Batasan normal dengan CPR > 1.0 dan tidak didapatkan brain sparing effect CL 4,3 cm dengan tidak didapatkan funneling risiko melahirkan dalam waktu 2 minggu, Hasil Djj: 150x/dop. Asuhan keperawatan telah dilakukan selama 3x 6jam dilaksanakan dan sesuai dengan kriteria hasil yang DJJ 120-160x/menit, Gerakan janin min 5 kali dalam 6 jam, Ketuban utuh, TBJ 2400-2500gr. Hal ini sesuai dengan kriteria waktu yang telah direncanakan oleh penulis agar resiko cidera pada janin tidak terjadi masalah teratasi sebagai pasien dipindahkan diruangan F1.

2. Evaluasi diagnosis keperawatan 2: Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Hari pertama pelaksanaan Pasien mengatakan perutnya masih kenceng-kenceng, hari kedua pelaksanaan Pasien mengatakan kenceng-kenceng sedikit berkurang. Asuhan keperawatan telah dilakukan selama 3x 6jam dilaksanakan dan sesuai dengan kriteria hasil yang Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Sikap protektif menurun. Hal ini sesuai dengan kriteria waktu yang telah direncanakan oleh penulis agar tingkat nyeri menurun dan masalah teratasi sebagia pasien dipindahkan diruangan F1.

3. Evaluasi diagnosis keperawatan 3: Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang control tidur

Hari pertama pelaksanaan pasien mengeluh malam sering terbangun karena perutnya terasa kenceng-kenceng. Hari kedua pelaksanaan Pasien mengatakan malam sering terbangun namun 1x saja tidak seperti kemarin. Asuhan keperawatan telah dilakukan selama 3x 6jam dilaksanakan dan sesuai dengan kriteria hasil yang Keluhan sulit tidur membaik, Keluhan tidak puas tidur membaik, Keluhan istirahat tidak cukup membaik. Hal ini sesuai dengan kriteria waktu yang telah direncanakan oleh penulis agar pola tidur pasien membaik dan masalah teratasi sebagia pasien dipindahkan diruangan F1.

4. Evaluasi diagnosis keperawatan 4: Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi

Pasien sudah menunjukkan adanya menurunnya ansietas dan pasien sudah mengerti pentingnya pengetahuan tentang *Partus Prematurus Imminens* (PPI) gar tidak mempengaruhi kehamilannya saat ini Asuhan keperawatan selama 2x6 jam

telah berhasil dilaksanakan, dengan hasil masalah teratasi yang ditandai dengan adanya Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun, Pucat menurun.

Pada akhir evaluasi tidak semua tujuan dapat tercapai, hal tersebut dikarenakan pasien masih membutuhkan tindakan lebih lanjut agar tidak ada masalah keperawatan lagi yang muncul dan pasien bisa diperbolehkan untuk segera pulang. Hasil evaluasi berjalan sesuai dengan rencana namun belum dapat terselesaikan dengan maksimal.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis PPI di Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis PPI.

5.1 Simpulan

Setelah penulis menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pasien dengan diagnosa medis G6P2A3 UK 33/34 minggu + PPI + BSC 2X DI Ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah dilaksanakan pada tanggal 16 Juni 2022 hingga 17 Juni 2022 dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian pasien dengan *Partus Prematurus Imminens* (PPI) pada Ny.B mengeluh kenceng-kenceng pada perutnya P: Gerakan janin, Q: Kenceng-kenceng, R: Nyeri diperut, S: Skala 5 (1-10), T: Hilang timbul. Nyeri ditimbulkan pada pasien ini adalah nyeri akut.
2. Pada pasien ini prioritas masalah keperawatan yaitu Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan Kondisi Klinis: Masalah Kontraksi dan ada beberapa masalah yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny.B dengan *Partus Prematurus Imminens* (PPI) adalah bertujuan untuk tidak terjadi cedera pada janin, tingkat nyeri berkurang, pola tidur membaik, tingkat ansietas menurun.
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.B dengan *Partus Prematurus Imminens* (PPI) berfokus untuk pemantauan DJJ, pemberian tokolitik nifedipine untuk menghambat tidak terjadi persalinan premature dan dexamethasone untuk pematangan paru, untuk melakukan teknis relaksasi tarik napas dalam dan untuk mengurangi nyeri, dukungan tidur dilakukan untuk memberikan kualitas tidur yang baik, reduksi ansietas dilakukan untuk mengurangi ansietas yang dialami oleh pasien.
5. Evaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan pada Ny.B dengan *Partus Prematurus Imminens* (PPI) didapatkan tiga masalah keperawatan teratasi Sebagian yaitu risiko cedera pada janin dibuktikan dengan kondisi klinis: masalah kontraksi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur. Satu masalah teratasi yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Partus Prematurus Imminens* (PPI) di masa yang akan datang, saran penulis antara lain:

1. Bagi Keluarga

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan pengetahuan yang bermanfaat bagi keluarga pasien tentang *Partus Prematurus Imminens* (PPI)

sehingga dapat saling memantau kondisi anggota keluarga dan dapat segera membawa pasien ke tempat layanan kesehatan.

2. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa agar lebih meningkatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan maternitas terutama dalam memberikan promosi kesehatan kepada ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan rutin kehamilan dan pengetahuan tentang kejadian *Partus Prematurus Imminens* (PPI).

3. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Diharapkan menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan tentang asuhan keperawatan maternitas khususnya dengan masalah keperawatan maternitas dengan diagnosa *Partus Prematurus Imminens* (PPI). Pendidikan kesehatan di rumah sakit juga perlu dilakukan di area poli hamil hingga ruangan-ruangan untuk mengetahui tanda dan gejala *Partus Prematurus Imminens* (PPI) sehingga tidak terjadi keterlambatan diagnosis *Partus Prematurus Imminens* (PPI).

DAFTAR PUSTAKA

- . T., & Pudwiyani, A. (2016). Hubungan Faktor Resiko Dengan Kejadian Penyulit Persalinan. *Jurnal Kebidanan*, 8(01), 48–60. <https://doi.org/10.35872/jurkeb.v8i01.199>
- Andriyani, R., & Megasari, K. (2015). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Infeksi Toksoplasma pada Ibu Hamil di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2010-2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 485–489. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i2.278>
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., Rohde, S., Say, L., & Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379(9832), 2162–2172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
- Bobak, Irene M., Lowdermilk, Deitra L., Jensen, Margaret D. dan Perry, Shannon E.. 2013. Buku Ajar Keperawatan Maternita Edisi 4. Jakarta : EGC
- Cookson, M. D., & Stirk, P. M. R. (2019). 濟無 *No Title No Title No Title*.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spoung CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM & Sheffield JS, 2018. William obstetric 24th edition, McGraw Hill Education, Dallas Texas.
- Dan, P., & Obstetri, R. (2013). *AGE , PARITY AND HISTORY WITH GENESIS OBSTETRICS PENDAHULUAN* Kematian maternal dan perinatal merupakan masalah besar , sekitar 98-99 % terjadi di negara yang sedang berkembang , di negara maju hanya 1-2 %. Sebagian besar kematian tersebut masih bisa . I, 140–146.
- Dewi, R. (2017). Hubungan antara Panjang Serviks dan Kejadian Persalinan Preterm pada Kasus Risiko Persalinan Preterm di RS Abdoel Moeleok Bandar Lampung Corellation between Cervical Length and preterm labour in Preterm Birth Risk case at Abdoel Moeleok Hospital Bandar . *Panjang Serviks Dan Kejadian Persalinan Preterm Pada Kasus Risiko Persalinan Preterm JK Unila |*, 1, 498.
- Ida Rahmawati, Mutiara, V. siska, Absari, N., & Andini, P. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Persalinan Prematur. *Professional Health Journal*, 2(2), 112–121. <https://doi.org/10.54832/phj.v2i2.143>
- Jain JA, Bannerman CG, 2019. *Preterm Labor, Evidance-Based Obstetrics and Gynecology*, edited by Notwitz ER, Zelop CM, Miler DA, Keefe DL, Wiley Blackwell. Pages 385-395.

- Karmelita, D. M. (2020). *Efektivitas nipedipin sebagai tokolitik dalam persalinan prematur effectiveness of nifedipine as tocolytic in premature labor*. 3(2), 49–58.
- Kebidanan, A., & Kab, P. (2013). *Te Test With $A = 0.05$* . 29–41.
- Kspr, S., Ibu, P., Anggraeni, L., Theresia, E. M., & Wahyuningsih, H. (2015). Gambaran tingkat risiko kehamilan dengan skrining kspr pada ibu hamil. *Kesehatan Lbu Dan Anak*, 8(2), 24–29.
- Kumala Dewi, A. A. R. M. F., Yuliyani, A. S., Dianita, B. R., Trimanda, D. A. W., Erliana, F. T., Kurniawan, H., Muzaffar, M. Z. R., Rachmafebri, R., Sakinah, S., Pebriastika, V. A., & Nita, Y. (2020). Pengetahuan Dan Penggunaan Obat Analgesik Dan Antipiretik Pada Ibu Hamil. *Jurnal Farmasi Komunitas*, 7(1), 8. <https://doi.org/10.20473/jfk.v7i1.21658>
- Kusumawati, W., & Wijayanti, A. R. (2019). GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR RISIKO KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU BERSALIN DENGAN PREEKLAMPSIA (Di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri bulan Februari – April tahun 2016). *Jurnal Kebidanan*, 6(2), 139–146. <https://doi.org/10.35890/jkdh.v6i2.43>
- Levy, M., Weitz, B., & Grewal, D. (2018). *Retailing Management 10th Edition*. McGrawHill Education.
- Maita, L. (2012). Faktor Ibu yang Mempengaruhi Persalinan Prematur di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(1), 31–34. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol2.iss1.39>
- Marwiyah, N., & Sufi, F. (2018). Pengaruh Senam Hamil Terhadap Kualitas Tidur Ibu Hamil Trimester II dan III di Kelurahan Margaluyu Wilayah Kerja Puskesmas Kasemen. *Faletahan Health Journal*, 5(3), 123–128. <https://doi.org/10.33746/fhj.v5i3.34>
- Mulyana, H. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Keteraturan Anc Ibu Hamil Aterm Yang Mengalami Hipertensi. *Jurnal Keperawatan BSI*, V(2), 96–102. [http://download.garuda.ristekdikti.go.id/article.php?article=533700&val=10495&title=Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Keteraturan Anc Ibu Hamil Aterm Yang Mengalami Hipertensi](http://download.garuda.ristekdikti.go.id/article.php?article=533700&val=10495&title=Hubungan%20Dukungan%20Keluarga%20Dengan%20Keteraturan%20Anc%20Ibu%20Hamil%20Aterm%20Yang%20Mengalami%20Hipertensi)
- Nisa, K. M., & Puspitasari, R. D. (2015). G3P2A0 Hamil 30 Minggu Belum Inpartu Dengan Partus Prematurus Imminens dan Riwayat Asma. *Journal Medula*, 10(1), 17–22.
- Nugroho, T. (2014). *Obsgyn : Obstetri dan ginekologi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Purwanti, S., Trisnawati, Y., Kh, J., & Hasyim, W. (2016). Kejadian Perdarahan Karena Atonia Uteri *Effect Of Maternal Age And Spacing Of Pregnancy To Postpartum Hemorrhage Because Of Atonic Uterine* Pendahuluan Reformasi

di bidang kesehatan merupakan visi Indonesia Sehat 2025. Tiga pilar utama yang harus dikemban. *Jurnal Kebidanan*.

- 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>
- Ramadani & Sudarmiati (2013). *Perbedaan tingkat kepuasan seksual pada pasangan suami istri di masa kehamilan*. <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKMat/articl e/view/992>. Di akses pada tanggal 03/03/2018
- Rukiyah, A. Y., dkk. 2016. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan) (Edisi Revisi)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Rustikayanti, N.R, et all. 2016. Perubahan psikologis pada *Ibu Hamil Trimester III*. *The Southeast Asian Journal of Midwifery*. 2(1): 45-46.
- Saifuddin AB. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.
- SDKI, T. P. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Serangan, S., Dan, T., Pada, I., Serangan, S., Dan, T., Medical, D., Jurnal, J., & Diponegoro, K. (2018). *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*. 7(1), 3–4. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico>
- Serudji, J. (2019). Perbedaan Rerata Kadar Hb-6 Serum Maternal Berdasarkan Keberhasilan Pemberian Tokolitik Pada Partus Prematurus Imminens. *Journal Obgin Emas*, 1(1), 12–17. <https://doi.org/10.25077/aogj.1.1.12-17.2017>
- Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. [Updated 2020 May 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
- Suryawinata, A., Islamy, N., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Obstetri, B., & Kedokteran, F. (2019). *Komplikasi pada Kehamilan dengan Riwayat Caesarian Section Complications on Pregnancy with Previous Caesarian Section*. 6, 364–369.
- Syarif, A. B., Santoso, S., & Widiasih, H. (2017). Usia Ibu dan Kejadian Persalinan Preterm. *Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak*, 11(2), 20–24. <https://doi.org/10.29238/kia.v11i2.35>
- Thesman, M. I. B. (2020). Hang tuah medical journal. *Hang Tuah Medical Journal*, 18(1), 100–113.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Triana, A. (2016). Pengaruh Penyakit Penyerta Kehamilan dan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Influence Accompany Disease of Pregnancy and Multiple Pregnancy to Low Birth Weight in General Hospital Arifin Achmad Riau. *Kesehatan Komunitas*, 2(4).
- Wahyuni, I., & Aditia, D. S. (2018). Hubungan usia dan riwayat abortus dengan kejadian partus prematur. *Ilmu Kebidanan*, 3, 1–6.
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- WHO, 2018. *Preterm birth*, WHO news 19 Februari 2018, diunduh 18 September 2019, .
- Widatiningsih, S dan Dewi, C.H.T (2017). *Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Trans Medika.
- Widiana, I. K. O., Putra, I. W. A., Budiana, I. N. G., & Manuaba, I. B. G. F. (2019). Karakteristik Pasien Partus Prematurus Imminens di RSUP Sanglah Denpasar Periode 1 April 2016 - 30 September 2017. *E-Jurnal Medika*, 8(3), 1–7.
- Wiknjosastro H, 2016. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke-4 Cetakan ke2. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Yasa, I. P. E. K., Aman, I. G. M., & Satriyasa, B. K. (2019). Tingkat Keberhasilan Nifedipin Sebagai Tokolitik Pada Pasien Partus Prematurus Imminens Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. *E-Jurnal Medika Udayana*, 8(5), 1–11.
- Yulizawati, dkk. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

Lampiran 1

CURICULUM VITAE

Nama : Prisca Febri Purnomo

Tempat/Tanggal lahir : Sidoarjo, 01 Februari 1999

Alamat : Jl. Imam Bonjol no. 4d Medaeng, Waru Sidoarjo

E-mail : priscafebri99@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. TK. DHARMA WANITA : Tamat tahun 2005
2. SDN. MEDAENG III : Tamat tahun 2011
3. SMP DHARMA WANITA 1 GEDANGAN : Tamat tahun 2014
4. SMA INTENSIF TARUNA PEMBANGUNAN : Tamat tahun 2017
5. STIKES HANG TUAH SURABAYA : Tamat tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

***“Karena masa depan sungguh ada dan harapanmu tidak akan hilang- Amsal
23:18”***

PERSEMBAHAN

Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan berkat-Nya saya dapat menyelesaikan proposal ini dengan baik. Karya sederhana ini ku persembahkan untuk:

1. Puji syukur tidak henti-hentinya saya panjatkan kepada Tuhan karena atas limpahan rahmat dan berkat-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Untuk kedua orang tua saya, mama Sri Rejeki dan ayah Muji Purnomo yang selalu memotivasi, memberikan yang terbaik untuk saya, selalu memberikan dukungan moril maupun materil dan tidak pernah berhenti untuk mendoakan kelancaran masa depan, kuliah dan karir saya.
3. Untuk adik-adik saya Joshua Jaya Ebineser dan Keyla Meilani Putri yang selalu memberikan semangat.
4. Untuk David Setiyohadi yang selalu memberikan semangat, memotivasi dan tidak pernah berhenti untuk mendoakan saya.
5. Untuk teman ku sekelompok Carmitha, Jihan, Indah Sukma, Rosita yang selalu memberikan semangat dan motivasi.
6. Untuk teman ku Eka Nur dan Meyreta P.S yang selalu memberi semangat dan motivasi dalam mengerjakan KIA ini

7. Teman – teman Profesi Ners angkatan 12 STIKES HANG TUAH Surabaya.
8. Terimakasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku, Semoga Tuhan selalu melindungi kalian dimanapun kalian berada. Amin

Lampiran 3

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) Pemeriksaan DJJ		
PROSEDUR TETAP	TGL.TERBIT	NO.DOC-HAL	Karya Ilmiah Akhir Profesi Ners
PENGERTIAN DAN TUJUAN	<p>Pemantauan detak jantung janin adalah proses untuk memeriksa kondisi janin pada saat kehamilan dan selama proses persalinan dengan cara memeriksa kecepatan denyut jantung janin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai pedoman petugas untuk mengobservasi detak jantung bayi 2. Untuk mengetahui kondisi janin dan deteksi dini pada kegawatdaruratan janin sehingga bisa bertindak cepat untuk menanggulangnya 		
INDIKASI	Ibu hamil		

<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN ALAT Monoskop/Doppler, Jelly, Tissue 2. PERSIAPAN PERAWAT <ol style="list-style-type: none"> a) Manajemen penampilan b) Mencuci tangan 6 langkah c) Memakai APD 3. PERSIAPAN PASIEN <ol style="list-style-type: none"> a) Pastikan identitas dan kondisi klien b) Posisikan pasien yang nyaman : supinasi c) Jaga privasi klien 4. PERSIAPAN LINGKUNGAN <ol style="list-style-type: none"> a) Menutup Tirai b) Keluarga
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Komunikasi Terapeutik (memberi salam) b) Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien c) Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali d) Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga e) Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan....? f) Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi

	<p>TAHAP KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan perawat (Manajemen penaampilan, Mencuci tangan 6 langkah, memakai handscoon, masker) 2. Persiapan lingkungan (Menutup tirai dan menutunkan pembatas tempat tidur) 3. Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan 4. Petugas menempatkan diri di sisi kanan pasien. 5. Posisikan pasien tidur terlentang dengan kaki sedikit ditekuk 6. Pakaian bawah diturunkan sampai bagian atas simfisis. 7. Lakukan palpasi untuk mengetahui posisi janin 8. Tentukan punggung janin dan letakkan monoskop/doppler pada punctum maksimum 1 9. Dengarkan detak jantung janin selama 1menit 10. Rapikan alat dan cuci Tangan 6 Langkah Takikardia : > 160 kali/menit Brakikardi : < 120 kali/menit DJJ < 100 kali/menit : janin sangat gawat N (120-160 X/MNT) <p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Akhiri kegiatan b) Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau mencent tombol yang sudah disediakan c) Mengucapkan salam terapeutik d) Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien e) Catat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien
--	---

Lampiran 4

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p align="center">SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PEMANTAUAN KONTRAKSI UTERUS(HIS)</p>		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>TGL.TERBIT</p>	<p>NO.DOC-HAL</p>	<p>Karya Ilmiah Akhir Profesi Ners</p>
<p>PENGERTIAN DAN TUJUAN</p>	<p>Proses untuk memeriksa kondisi proses persalinan dengan cara memantau frekuensi his dalam 10 menit, lamanya his dan kekuatan his.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memantau kemajuan persalinan 2. Sebagai pedoman petugas untuk mengobservasi kontraksi uterus (his) 3. Untuk mengetahui kondisi proses persalinan dan deteksi dini pada kegawatdaruratan 		
<p>INDIKASI</p>	<p>Ibu hamil</p>		





<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN ALAT <ul style="list-style-type: none"> Selimut 2. PERSIAPAN PERAWAT <ol style="list-style-type: none"> a. Manajemen penampilan b. Mencuci tangan 6 langkah c. Memakai APD 3. PERSIAPAN PASIEN <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan identitas dan kondisi klien b. Posisikan pasien yang nyaman : supinasi c. Jaga privasi klien 4. PERSIAPAN LINGKUNGAN <ol style="list-style-type: none"> a. Menutup Tirai b. Keluarga <p>TAHAP ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) b. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien c. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali d. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga) e. Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan....? f. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi <p>TAHAP KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan perawat (Manajemen penampilan, Mencuci tangan 6 langkah, memakai handscoon, masker)
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Persiapan lingkungan (Menutup tirai dan menutunkan pembatas tempat tidur) 3. Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan 4. Posisikan pasien tidur terlentang 5. Letakkan salah satu tangan diatas uterus sambil melihat jam selama 10 menit 6. Nilai frekuensi dan durasi his selama 10 menit 7. Nilai simetrisitas, dominasi, relaksasi, interval, dan intensitas his 8. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan 9. Rapikan alat dan cuci Tangan 6 Langkah <p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Akhiri kegiatan b. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau mencentombol yang sudah disediakan c. Mengucapkan salam terapeutik d. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien <p>Catat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien</p>

Lampiran 5

LEMBAR KONSUL/ BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI NERS KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA
TA. 2020/2021

Nama : Prisca Febri Purnomo
 NIM : 2130018
 Judul Karya Ilmiah Akhir: Asuhan Keperawatan Maternitas pada Tty. B c
dengan G6P2A3 UK 33/34 minggu + PPI + BSC 2x di Ruang
UK 15D PSPAL Dr. Ramelan Surabaya

NO	HARI/TANGGAL	BAB/SUBBAG	HASIL KONSUL/ BIMBINGAN	TANDA TANGAN
1.	Jum 24 / 28 Juni 2022	Konsul BAB 1,2 dan 3	Revisi Bab 1 Menambahkan masalah Keperawatan Revisi Bab 2 Menambahkan konsep kehamilan, BSC dan Masalah Prioritas BAB 3 revisi	
2.	Selasa / 28 Juni 2022	Konsul BAB 1,2 dan 3	BAB 3 didiagnosa nyeri ditam- bahkan RPRST di analisa data Ansietas ditambahkan HIS	
3.	Rabu / 29 Mei 2022	Revisi BAB 1,2,3	Menambahkan Bab 1 di prevelensi Fokus PPI di PSPAL Tata laksana toksolitik	
4.	Kamis / 30 Mei 2022	Revisi bab 3, Konsul BAB 4 dan 5	- Menambahkan NRS pd BAB 3 " etiologi rd Resiko cedera & PO " Fotaborasi dexta, mepredipine rd dx resiko (BAB 4) - Menambahkan jam pd SOAP - Menambahkan intervensi Bedrest (BAB 4) - Implementasi fol 17 ditambahkan hasil USC Fetomaternal	

Lampiran 6

**FORMULIR
PENGAJUAN UJIAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**




Dalam rangka pelaksanaan Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA) Mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2021 / 2022, saya mengajukan sidang KIA

Nama : Prisca Febri Purnomo

Nim : 2130018

Judul KIA : ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. B
DENGAN G6P2A3 UK 33/34 MINGGU + PPI + BSC 2X DI
RUANG VK IGD RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA

Daftar Penguji

NO	NAMA	PENGUJI	TANDA TANGAN
1	Puji Hastuti, M.Kep., Ns	Penguji I	
2	Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat	Penguji II	
3	Anti Widayani, S.Keb	Penguji III	

Untuk keperluan sidang KIA, saya lampirkan :

- Fotocopy lembar konsul
- Menunjukkan bukti lunas pembayaran KIA
- Menunjukkan lembar persetujuan
- Menunjukkan sertifikat UKOMNAS dan Matra
- 1 bendel KIA

Kaprodi Pendidikan Profesi Ners

Surabaya, 01 Juli 2022
Admin Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus S, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03007

I Wayan Kama Utama
Nip. 03040