

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS *POST PARTUM* H+0 PADA NY.H  
DENGAN PERSALINAN SPONTAN ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI  
DIRUANG KENARI RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT  
KABUPATEN JEMBER**

**Zahratu Faiqoh**

**1601021003**

(Program Studi 3 Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jember)

e-mail: [faiqohzahrotu5@gmail.com](mailto:faiqohzahrotu5@gmail.com)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Hal tersebut juga merupakan salah satu risiko yang mempunyai kontribusi teradap kematian bayi sebagai akibat infeksi yang dapat berasal dari serviks dan vagina. Kurangnya cairan ketuban tentu saja akan mengganggu kehidupan janin bahkan dapat mengakibatkan kondisi gawat janin. Seolah-olah janin tumbuh dalam “Kamar Sempit” yang membuatnya tidak bergerak bebas, sementara pada ibu Ketuban Pecah Dini dapat mengakibatkan infeksi dalam rahim, oleh karena asuhan keperawatan *post partum* diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan bayi. Berakhirnya proses persalinan bukan berarti ibu terbebas dari bahaya atau komplikasi dapat dialami ibu pada masa nifas dan bila tidak tertangani dengan baik akan memberi ontribusi yang cukup besar terhadap tingginya angka kematian ibu (AKI) di Indonesia. Komplikasi potensial KPD yang sering terjadi adalah risiko infeksi, prolaps tali pusat, gangguan janin kelahiran prematur dan pada usia kehamilan 37 minggu sering terjadi komplikasi *syndrom* distress pernafasan (*Respiratory Distress Syndrom*) yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Selain pada bayi KPD juga berbahaya mengancam jiwa ibu yang berakibat kematian pada ibu.

**Tujuan:** Untuk mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Post Partum Dengan Persalinan Spontan Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

**Hasil:** Setelah dilakukan pengkajian didapatkan masalah keperawatan yaitu Nyeri karena sobekan episiotomi, risiko infeksi, dan ketidakefektifan pemberian ASI.

**Saran:** Bagi Rumah Sakit agar mencegah risiko terjadinya ketuban pecah dini pasien diberi informasi yang memadai mengenai ketuban pecah dini itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan diperolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera.

**Kata Kunci:** Ketuban Pecah Dini, Masalah asuhan keperawatan Maternitas.



**NURSING CARE MATERNITY POST PARTUM H + 0 IN NY. H WITH  
SPONTANEOUS LABOR OVER THE INDICATION OF PREMATURE  
RUPTURE OF MEMBRANES IN THE WALNUT HOSPITAL AREA OF  
KALISAT JEMBER**

**Zahratu Faiqoh**

**1601021003**

(Program Studi 3 Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jember)

e-mail: [faiqohzahrotu5@gmail.com](mailto:faiqohzahrotu5@gmail.com)

**ABSTRACT**

**Background:** Rupture of Ketuban (KPD) is the biggest cause preterm labor with various consequences. It is also one of the risks that have contributed to infant mortality as a result of infections that can originate from the cervix and vagina. Lack of amniotic fluid, of course, will interfere with the life of the fetus and can even lead to fetal distress. It is as if the fetus is growing in a "Narrow Room" which makes it not move freely, while the mother of Premature rupture can cause infection in the uterus, because of *post partum* nursing care needed to improve maternal and infant health status. The end of labor does not mean that the mother is free from danger or complications that can be experienced by the mother during childbirth and if it is not handled properly it will provide a significant contribution to the high maternal mortality rate (MMR) in Indonesia. KPD potential complications that often occur is the risk of infection, cord prolapse, fetal disorders and premature birth at 37 weeks gestation frequent complication *syndrome* respiratory distress (*Respiratory Distress Syndrome*), which occurs in 10-40% of infants bar u born. In addition to KPD babies it is also dangerous to threaten the life of the mother resulting in death in the mother.

**Objective** : To apply Nursing Care Maternity Post Partum with Spontaneous Labor Above Indication of Early Ruptured Amniotic disease includes assessment, intervention, implementation and evaluation of nursing.

**Results** : After the assessment, nursing problems were obtained, namely pain due to episiotomy tears, risk of infection, and ineffectiveness of breastfeeding.

**Suggestion** : For hospitals to prevent the risk of premature rupture of membranes, patients are given adequate information about premature rupture of the membranes themselves and their aspects. By obtaining sufficient information, prevention can also early be done immediately.

**Keywords:** Premature rupture of membranes, Maternity nursing care problems.



## PENAHULUAN

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Hal tersebut juga merupakan salah satu risiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi sebagai akibat infeksi yang dapat berasal dari serviks dan vagina. Kurangnya cairan ketuban tentu saja akan mengganggu kehidupan janin bahkan dapat mengakibatkan kondisi gawat janin. Seolah-olah janin tumbuh dalam “Kamar Sempit” yang membuatnya tidak bergerak bebas, sementara pada ibu Ketuban Pecah Dini dapat mengakibatkan infeksi dalam rahim, oleh karena asuhan keperawatan *post partum* diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan bayi.

Berakhirnya proses persalinan bukan berarti ibu terbebas dari bahaya atau

komplikasi dapat dialami ibu pada masa nifas dan bila tidak tertangani dengan baik akan memberi kontribusi yang cukup besar terhadap tingginya angka kematian ibu (AKI) di Indonesia. Komplikasi potensial KPD yang sering terjadi adalah risiko infeksi, prolaps tali pusat, gangguan janin kelahiran prematur dan pada usia kehamilan 37 minggu sering terjadi komplikasi *syndrom* distress pernafasan (*Respiratory Distress Syndrom*) yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Selain pada bayi KPD juga berbahaya mengancam jiwa ibu yang berakibat kematian pada ibu.

Menurut WHO tahun 2016, kejadian KPD berkisar 5-10% dari semua kelahiran. KPD preterm 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Adapun 30% kasus KPD merupakan

penyebab kelahiran prematur. Survei demografi dan kesehatan Indonesia SDKI (2017) menjelaskan bahwa penyebab langsung kematian ibu oleh karena infeksi sebesar 40% dari seluruh kematian. Penyebab lain kematian ibu di antaranya pendarahan 30% dan eklamsi 28%. Data di Jawa Timur penyebab kematian ibu yaitu 29,35% karena pendarahan, 27,27% karena *preeklamsi*, 6,06% karena infeksi dan sisanya karena faktor yang lainnya. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Wilayah Jember jumlah kematian ibu pada tahun 2016 sebanyak 141 orang yang sebagian besar disebabkan oleh perdarahan 73 orang (51,77%). Infeksi 8 orang (5,67%). Eklampsia 39 orang (27,65%) dan lain-lain sebanyak 21 orang (14,89%) sedangkan jumlah kematian bayi pada tahun 2016 sebanyak 567 orang

disebabkan oleh Berat Badan Lahir Rendah 264 orang (46,5%), Asfiksia 185 orang (32,6%) Tetanus neonatorum 9 orang (1,6%) dan lain-lain 109 orang (19,2%).

Berdasarkan pemaparan tersebut perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut tentang ketuban pecah dini melalui karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Maternitas Post Partum H+0 pada Ny. H dengan Persalinan Spontan atas indikasi Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember “.

## **METODE PENELITIAN**

### **1. Pendekatan Proses Keperawatan**

Karya tulis ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Peneliti ingin menggambarkan perawatan pada pasien maternitas mulai dari

pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi pada Ketuban Pecah Dini.

## **2. Tempat dan waktu pelaksanaan pengambilan kasus .**

Penelitian ini dilakukan di RSD Kalisat Kabupaten Jember. Waktu untuk penelitian dilaksanakan pada bulan April selama 3 hari.

## **3. Alasan mengambil kasus di RSD Kalisat Kabupaten Jember.**

Karena kurangnya pemerhatian khusus Ketuban Pecah Dini yang terjadi pada ibu hamil.

## **DATA FOKUS PENGKAJIAN-EVAUASI**

### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan di ruang Kenari RSD Kalisat Jember pada

tanggal 24 April 2019 – 26 April 2019. Pengkajian dilakukan pada Ny. H usia 20 tahun dengan diagnosis keperawatan *postpartum* P1001 atas indikasi ketuban pecah dini.

### **Keluhan utama**

Nyeri area genetalia

### **Riwayat Penyakit Sekarang:**

Pasien mengatakan nyeri pada area kelamin rasanya nyut-nyutan juga hilang timbul ukuran nyerinya skala 6 juga keluar cairan dari vagina pada tanggal 23 April 2019 pukul 01.00 wib dan pasien di bawa ke PKM Ledokombo. Pukul 09.00 wib pagi pasien dibawa ke RSD Kalisat, dengan pembukaan 1. Kemudian lahir bayi berjenis kelamin Laki-laki dengan berat 3300 gr pada pukul 19.45 ditolong oleh bidan W. Lahir spontan langsung menangis, As 7–8, ketuban jernih, ada anus, tidak cacat, ada genital, ada luka sobekan pada

kelamin, dan UK 38 minggu, pasien bingung karena tidak bisa cara menyusui dengan benar dan ASInya belum keluar. Setelah persalinan pasien dibawa ke Ruang Nifas

### **Pemeriksaan payudara**

Bentuk simetris dan tidak ada benjolan, puting susu menonjol keluar, *aerola mammae hyperpigmentasi*, colesterum belum keluar, konsistensi agak kenyal, pelebaran pembuluh darah vena terlihat.

### **Abdomen**

Bentuk cembung, kembung (+) TFU 3 jari di bawah pusat, kontraksi baik/tidak lembek, bising usus 9x/mnt.

### **Genetalia**

Keluaran pervagina: Menggunakan pembalut ganti sebanyak 4x/hari, darah berwarna merah tua dan bau amis.

Episiotomi (tanda REEDA):

Terdapat jahitan  $\pm$  5cm, ada tanda-tanda edema

Lochea: lochea rubra 50cc

Anus: tidak ada hemoroid

### **Ekstremitas**

Ekstermitas atas: Tidak ada odema, terpasang infus pada bagian tangan kiri, CRT 2 detik.

Ekstermitas bawah: tidak ada edema pada punggung kaki, tidak terpasang kateter

### **Integumen**

Normal adanya stretmach

### **Pemeriksaan laboratorium**

(24-04-2019)

Leukosit: 14.800/ul  
( 25-04-2019)

Leukosit: 22.100/ul

### **Terapi**

Anbacim 1x1 gram (iv)

Asam mefenamat 3x500mg (Oral)



## ANALISA DATA

TANGGAL /JAM	PENGELOMPOKAN DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB
24/04/2019 20.00wib	<p>DS :</p> <p>Nyeri pada area genetalia rasanya nyutnyutan juga hilang timbul ukuran nyerinya skala 6</p> <p>DO :</p> <p>Terdapat luka sobekan pada kelamin.</p> <p>Nadi: 80 x/mnt, Tensi: 130/80 mmHg, cemas, gelisah, meringis, adanya luka jahitan episiotomy</p>	Nyeri akut	Agen cidera fisik (Episiotomi)
24/04/19 20.00wib	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan keluar cairan pervagina pada tanggal 23 April 2019 jam 1. Persalinan tanggal 24 April 2019.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien menggunakan pembalut ganti sebanyak 4x/hari, Lochea rubra ±50 cc, TFU 3 jari di bawah pusat, Leukosit: 14.800/ul</p>	Risiko infeksi	Inflamasi
24/04/19 20.00wib	<p>DS:</p> <p>Pasien bingung karena tidak bisa cara menyusui dengan benar dan ASInya belum keluar.</p> <p>DO:</p> <p>Puting susu menonjol keluar, terdapat hyperpigmentasi, colesterum belum keluar, konsistensi agak kenyal, pelebaran pembuluh darah vena terlihat, pasien belum bisa memenuhi kebutuhan menyusui karena bayinya berada diruang perinatologi</p>	Ketidakefektifan pemberian ASI	Kurang pengetahuan orang tua tentang tehnik menyusui.

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN/ MASALAH KOLABORATIF

BERDASARAKAN PRIORITAS

NO	Tanggal/ pukul	Diagnosis Keperawatan / Masalah Kolaboratif	Paraf
1	24/04/2019 20.00wib	Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Episiotomi) yang ditandai dengan DenyutNadi: 80 x/mnt, Tensi: 130/80 mmHg, cemas, gelisah, meringis, adanya luka jaitan episiotomi	
2	24/04/2019 20.00	Risiko infeksi berhubungan dengan Inflamasi yang ditandai dengan pasien menggunakan pembalut ganti sebanyak 4x/hari, Lochea rubra $\pm$ 50 cc, TFU 3 jari di bawah pusat, Leukosit: 14.800/ul	
3	24/04/2019 20.00	Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan orang tua tentang tehnik menyusui yang ditandai dengan puting susu menonjol keluar, terdapat hyperpigmentasi, colesterum belum keluar, konsistensi agak kenyal, pelebaran pembuluh darah vena terlihat, pasien belum bisa memenuhi kebutuhan menyusui karena bayinya berada diruang perinatologi	

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN/MASAL AH KOLABORATIF	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
24/04/19 20.00	Diagnosis 1	<p>Tujuan : Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut bisa teratasi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah pasien rileks</li> <li>2. Skala nyeri 1-3</li> <li>3. Tanda - tanda vital dalam batas normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Nursing Education</i> Lakukan edukasi perawatan nyeri</li> <li>2. <i>Nursing Management</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan relaksasi nafas dalam</li> <li>b. Beri kesempatan untuk istirahat dilingkungan yang tenang dan nyaman</li> </ol> </li> <li>3. <i>Nursing Observasion</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji lokasi nyeri</li> <li>b. Observasi TTV</li> </ol> </li> <li>4. <i>Nursing Colaboration</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi untuk terapi analgesik (Asam mefenamat 3x500mg)</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Nursing Education</i> Edukasi pemberian pengetahuan dan pemahaman tentang nyeri</li> <li>2. <i>Nursing Management</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membantu pasien mengalihkan rasa nyeri</li> <li>b. Lingkungan tenang dan nyaman mempermudah beradaptasi dengan nyeri</li> </ol> </li> <li>3. <i>Nursing Observasion</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengetahui perubahan rasa nyeri</li> <li>b. Mengetahui batas normal TTV</li> </ol> </li> <li>4. <i>Nursing Colaboration</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Analgesik untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> </li> </ol>

24/04/19 20.00	Diagnosis 2	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada tanda infeksi</li> <li>2. Leukosit dalam batas normal</li> </ol> <p>TTv dalam batas normal</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Nursing Education</i> Berikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kondisi pasien</li> <li>2. <i>Nursing Management</i> Anjurkan perawatan personal hygiene</li> <li>3. <i>Nursing Observation</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi tanda-tanda infeksi</li> <li>b. Observasi tanda-tanda vital</li> </ol> </li> <li>4. <i>Nursing Colaboration</i> Kolaborasi pemberian antibiotik (Anbacim 1x1gr)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Nursing Education</i> Edukasi pasien dan keluarga agar sering membersihkan area luka</li> <li>2. <i>Nursing Management</i> Mengajari kebersihan untuk mencegah infeksi berkelanjutan</li> <li>3. <i>Nursing Observation</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengetahui adanya infeksi atau tidak</li> <li>b. Mengetahui batas normal TTV</li> </ol> </li> <li>4. <i>Nursing Colaboration</i> Bekerja sama dalam pemberian antibiotik karena pasien menyusui</li> </ol>
-------------------	-------------	---	--	---

24/04/19 20.00	Diagnosis 3	<p>Tujuan : Setelah diajari selama 3x 24 jam ibu bisa menyusui bayinya</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu bisa menyusui dengan benar</li> <li>2. Colostrum atau ASI keluar</li> <li>3. Ideal diri dan peran diri ibu mampu kembali dengan baik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Nursing Education</i> Lakukan edukasi untuk menambah kelancaran ASI</li> <li>2. <i>Nursing Management</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan pasien untuk mengeluarkan ASI cukup melalui tangan</li> <li>b. Anjurkan pasien untuk mengurangi rasa tidak nyaman (kompres hangat)</li> <li>c. Memberikan dorongan untuk tetap menyusui</li> </ol> </li> <li>3. <i>Nursing Observation</i> Pantau pembengkakan payudara dan hubungan dengan ketidaknyamanan atau rasa sakit</li> <li>4. <i>Nursing Colaboration</i> Kolaborasi dengan dokter, pasien dan keluarga dan anggota kesehatan lainnya dalam merencanakan kelanjutan perawat kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Nursing Education</i> Edukasi pemberian pengetahuan untuk menambah ASI</li> <li>2. <i>Nursing Management</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengurangi tekanan payudara tetapi tidak untuk menggosokkan payudara</li> <li>b. Memberikan reflek adekuat</li> <li>c. Menyusui adalah kegiatan terpenting untuk tumbuh kembang bayi</li> </ol> </li> <li>3. <i>Nursing Observation</i> Merupakan acuan keadaan payudara</li> <li>4. <i>Nursing Colaboration</i> Mengetahui kelanjutan perawatan kesehatan pasien dirumah</li> </ol>
-------------------	-------------	---	--	--

PELAKSANAAN

NO. DIAGNOSIS/MASALAH KOLABORATIF	TGL/ PUKUL	TINDAKAN	PARAF
Diagnosis 1,2	24/04/19 09.00	1. Mengobservasi tekanan darah, denyut jantung, suhu, dan status pernafasan Respon : TD: 130/80mmHg Suhu: 37,5°C Nadi: 125x/menit RR: 20x/menit	
Diagnosis 1,2	09.30	2. Kolaborasi pemberian obat Respon: Inj. anbacim 1gr (iv), asamefenamat 500mg (Oral)	
Diagnosis 2	09.55	3. Mengobservasi laboratorium (leukosit) Respon: Leukosit 14.800/ul	
Diagnosis 2	10.00	4. Mengobservasi luka jahitan episiotomi Respon: ada atau tidaknya tanda-tanda infeksi	
Diagnosis 1	10.30	5. Mengobservasi skala nyeri pasien Respon: Skala nyeri 6	
Diagnosis 3	11.00	6. Memonitoring pembengkakan payudara dan yang berhubungan dengan ketidaknyamanan atau sakit Respon: pasien mengatakan sedikit tidak bengkak	
Diagnosis 3	11.10	7. Menganjurkan pasien untuk mengeluarkan ASI yang cukup melalui tangan Respon: pasien mengatakan sudah mengeluarkan ASInya melalui tangan	
Diagnosis 3	11.30	8. Menganjurkan pasien mengenali langkah-langkah untuk mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri Respon: pasien kooperatif dan mengatakan akan mengikuti anjuran perawat	

Diagnosis 1	11.55	9. Mengajarkan pasien relaksasi nafas dalam Respon: pasien masih belum mampu melakukan relaksasi, pasien mencoba agar bisa istirahat
Diagnosis 1,2	12.30	10. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait kondisi pasien sekarang Respon: pasien mampu beradaptasi dengan nyeri
25/04/19		
Diagnosis 1,2	09.00	1. Mengobservasi tekanan darah, denyut jantung, suhu, status pernafasan dan skala nyeri Respon: TD: 110/80mmHg Suhu: 36,5°C Nadi: 100x/menit RR: 20x/menit Skala nyeri 4
Diagnosis 1,2	09.30	2. Melakukan injeksi Respon: Inj. anbacim 1gr (iv), asamefenamat 500mg (Oral)
Diagnosis 2	10.00	3. Mengobservasi luka jahitan episiotomi Respon: ada atau tidaknya tanda-tanda infeksi
Diagnosis 2	10.20	4. Menganjurkan pasien untuk sering ganti pembalut dan menjaga kebersihan luka pasca jalan lahir Respon: pasien memahami dan kooperatif
Diagnosis 3	10.55	5. Menganjurkan pasien mengenali langkah-langkah untuk mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri Respon: pasien kooperatif dan mengatakan akan mengikuti anjuran perawat
Diagnosis 3	11.10	6. Memonitoring pembengkakan payudara dan

		yang berhubungan dengan ketidaknyamanan atau sakit
Diagnosis 2	12.00	7. Mengobservasi laboratorium (leukosit) Respon: pasien mengatakan sedikit tidak bengkak
Diagnosis 1	12.30	8. Memberikan cara relaksasi nafas dalam kepada pasien Respon pasien dapat beradaptasi dan kooperatif
26/04/19		
Diagnosis 1,2	09.00	1. Mengobservasi tekanan darah, denyut jantung, suhu, status pernafasan dan skala nyeri Respon: TD : 100/80 mmHg RR: 20x/menit S: 36.0 °C N: 80x/menit Skala nyeri 1
Diagnosis 1,2	09.30	2. Melakukan injeksi Respon: Inj. anbacim 1gr (iv), asamefenamat 500mg (Oral)
Diagnosis 2	10.00	3. Mengobservasi tanda-tanda infeksi Respon: tidak ada tanda-tanda infeksi
Diagnosis 2	10.25	4. Menganjurkan untuk sering ganti pembalut dan menjaga kebersihan luka pasca jalan lahir Respon: pasien memahami dan kooperatif
Diagnosis 3	13.00	5. Memonitoring pembengkakan payudara dan yang berhubungan dengan ketidaknyamanan Respon: pasien mengatakan sedikit tidak bengkak



---

Diagnosis 3

13.30

6. Menganjurkan pasien untuk mengeluarkan ASI yang cukup melalui tangan  
Respon: pasien mengatakan sudah mengeluarkan ASInya melalui tangan

---



## EVALUASI

Table 3.9

MASALAH KEP/ KOLABORATIF	TGL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Diagnosis 1	24/04/19 09.30	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada area genitalia rasanya nyutnyutan juga hilang timbul ukuran nyerinya skala 6</p> <p>O: Tensi: 130/80mmHg, Suhu: 37,5 °C, Nadi: 80x/menit, Status pernafasan: 20x/menit, cemas, gelisah, meringis, adanya luka jahitan episiotomi</p> <p>A: Nyeri akut postpartum indikasi KPD dan episiotomi, belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
Diagnosis 2	10.00	<p>S: -</p> <p>O: Menggunakan pembalut ganti sebanyak 4x/hari, Lochea rubra ±50 cc, TFU 3 jari di bawah pusat, Leukosit: 14.800/ul</p> <p>A: Risiko infeksi, belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
Diagnosis 3	10.30	<p>S: Pasien mengatakan bingung karena tidak bisa cara menyusui dengan benar dan asinya belum keluar.</p> <p>O: Puting susu menonjol keluar, terdapat hyperpigmentasi, colesterum belum keluar, konsistensi agak kenyal, pelebaran pembuluh darah vena terlihat, peran dan ideal dirinya yang kurang akan teknik menyusui</p> <p>A: Ketidakefektifan pemberian ASI, belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	

Diagnosis 1	25/04/19 09.30	<p>S: Pasien mengatakan nyerinya sudah mendingan hanya pada bagian luka yang disobek, skala nyeri 4</p> <p>O: Tensi: 110/80mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi: 100x/menit, Status pernafasan: 20x/menit, tidak cemas, mampu merilekskan diri, adanya luka jahitan episiotomi</p> <p>A: Nyeri akut, masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
Diagnosis 2	10.00	<p>S: -</p> <p>O: Menggunakan pembalut ganti sebanyak 4x/hari, Lochea rubra ±50 cc, mampu melakukan personal hygiene meskipun dibantu</p> <p>A: Resiko infeksi, masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>
Diagnosis 3	10.30	<p>S: Pasien mengatakan masih belum bisa menyusui dengan benar</p> <p>O: Air susu masih keluar sedikit, terlihat masih kaku menggendong dan menyusui, tidak adanya bantuan koping keluarga, ideal dan peran diri masih belum terpenuhi</p> <p>A: Ketidakefektifan pemberian ASI, masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>

Diagnosis 1	26/04/19 09.30	S: Pasien mengatakan nyerinya sudah mendingan skala 1 O: TD: 100/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi: 80 x/menit, Status pernafasan: 18 x/menit, pasien tampak rileks. A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan (Pasien KRS)
Diagnosis 2	10.00	S: - O: Tidak ada tanda resiko infeksi pasien mampu melakukan personal hygiene dengan baik A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan (Pasien KRS)
Diagnosis 3	10.30	S: Pasien mengatakan bisa menyusui dan menggendong dengan baik O: ASI keluar, peran dan ideal diri pasien sudah kembali membaik meskipun belum sepenuhnya A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan (Pasien KRS)



## KESIMPULAN

1. Pengkajian dilakukan pada tanggal 24-04-2019 Ny. H *post partum* dengan riwayat persalinan spontan dengan ketuban pecah dini ditemukan data keluhan utama nyeri dengan skala 6. Pada pemeriksaan fisik ditemukan data cemas, gelisah. Pada pemeriksaan genetalia ada jahitan luka insisi  $\pm$  5cm, Lochea rubra  $\pm$  50cc berwarna merah tua dan berbau amis, pasien menggunakan pembalut ganti sebanyak 4x/hari. Kontraksi baik/tidak lembek, leukosit: 14.800/ul, TD: 130/80mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 37,5 °C, RR: 20x/menit. Pada pemeriksaan payudara ditemukan puting susu menonjol keluar, terdapat hyperpigmentasi, colesterum belum keluar, konsistensi agak kenyal, pelebaran pembuluh darah vena terlihat, pasien belum bisa memenuhi kebutuhan menyusui karena bayinya berada diruang perinatologi.
2. Diagnosis yang diambil meliputi nyeri karena sobekan episiotomi, risiko infeksi, dan ketidakefektifan pemberian ASI
3. Rencana keperawatan yang diberikan pada Ny. H yaitu disusun dengan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada rencana asuhan keperawatan yang telah disesuaikan dengan diagnosis yang muncul, tidak semua asuhan keperawatan karena tindakan yang dilakukan di sesuaikan dengan kebutuhan pasien.
4. Impelementasi keperawatan yaitu dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan rencana tindakan yang sebelumnya telah disusun peneliti. Mengobservasi skala nyeri pasien, mengobservasi luka jahitan pasien, menganjurkan pasien untuk Mengeluarkan ASI yang cukup melalui tangan.

5. Evaluasi dilaksanakan 3 hari berturut-turut evaluasi dilakukan mulai tanggal 24-04-2019 sampai 26-04-2019. Evaluasi diagnosis yang pertama masalah teratasi, diagnosis kedua teratasi, dan diagnosis ketiga masalah juga teratasi.

## **SARAN**

### 1. Bagi Rumah Sakit

- a. Untuk mencegah risiko terjadinya ketuban pecah dini pasien diberi informasi yang memadai mengenai ketuban pecah dini itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan diperolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera.
- b. Pindah ke ruang rawat gabung jika kondisi pasien memungkinkan untuk rawat gabung.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menetapkan asuhan keperawatan secara komperhensif

### 3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan bagi mahasiswa selanjutnya agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai ketuban pecah dini karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas maka mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dimasyarakat dan memberikan pendidikan bagi masyarakat tentang indikasi ketuban pecah dini, faktor-faktor pencetusnya, serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agung, Satriyo A. A.(2013). Terdapat pengaruh pemberian teknik Relaksasi nafas. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*, 56.
- Brace, RA. (2010). Amniotic Fluid Dynamics. In: *Maternalfetal Medicine*, 5<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: W B Saunders, 45-54.
- Bulechek G.M.(2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*.6<sup>th</sup> Edition.United Kingdom: Elsevier.
- Bulechek G.M, .(2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.5<sup>th</sup> Edition.United Kingdom: Elsevier.
- Herdman, Heather T. (2018-2020). *NANDA-1 Diagnosis Keperawatan: Definisi Dan Klasifikasi 2018-2020*, Edisi Ke-11. Jakarta: EGC.
- Hamilton, G. M. (2009). *Obstetri Dan Ginekologi: Panduan Praktik Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Asri, Mufdilah, & Sujiyanti. (2009). *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Indriyani, Diyan, Asmuji, & Wahyuni, S. (2016). *Edukasi Postnatal*. Yogyakarta: Trans Medik.
- Modena AB. (2009). Amniotic Fluid Dynamics.*Acta Bio Medica Ateneo Parmense* 75(1): 11-3.
- Manuaba, I. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita (2 Ed.)*. Jakarta: EGC.
- Mitayani. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, T. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2010). *Catatan Kuliah Ginekologi Dan Obstetri (OBSGYN)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, S. (2009). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Tiga Putera Begawan.
- Rohman, N., & Walid, S,. (2009). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*.

Yogyakarta: Ar-Ruzz Media

WHO. World Health Statistic 2016: World Health Organization 2016.

Wiknjosastro H, Saifuddin A, Rachimhamdi T. (2010). Ilmu Kebidanan.  
Edisi Ke-4 Cetakan Ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono  
Prawirohardjo





