

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU INTRANATAL
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG INAP
TERATAI RSUD CURUP
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH:

ANES ADESTI
NIM:P00320119045

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU INTRANATAL
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG INAP
TERATAI RSUD CURUP
TAHUN 2022**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**DISUSUN OLEH :
ANES ADESTI
NIM:P00320119045**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III CURUP
T.A 2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

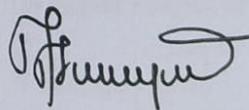
Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : ANES ADESTI
Tempat, Tanggal Lahir : Cawang Lama, 05 Oktober 2000
N I M : P00320119045
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Intranatal Dengan
Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Inap Teratai
RSUD Curup Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 21 Juni 2022

Curup, 21 Juni 2022

Pembimbing



Yanti Sutriyanti, SKM. M. Kep
NIP. 197004071989112002

HALAMAN PENGESAHAN
Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU INTRANATAL
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG INAP
TERATAI RSUD CURUP
TAHUN 2022**

Disusun Oleh:

ANES ADESTI

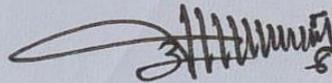
P00320119045

Telah diujikan di depan Penguji karya tulis ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 21 Juni 2022, dan dinyatakan

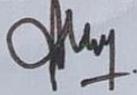
LULUS

Ketua Penguji



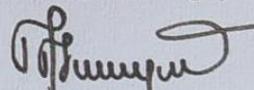
Ns. Sri Haryani, M.Kep
NIP: 198006032001122002

Anggota Penguji I



Silvia puspa, S.Kep.Ners
NIP: 19930414201922004

Anggota Penguji II

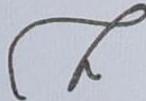


Yanti Sutrivanti, SKM, M.Kep
NIP: 197004071989112002

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP: 197112171991021001

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU INTRANATAL DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)

(Anes Adesti , 2022, 144 halaman)

ABSTRAK BAHASA INDONESIA

Latar Belakang: KPD adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Insiden ketuban pecah dini (KPD) terkait erat dengan banyak faktor eksternal, dan insiden lebih tinggi pada orang dengan aktivitas yang banyak selama kehamilan. Selain itu, banyak referensi menunjukkan bahwa dalam insiden KPD yang dilaporkan, kejadian kehamilan aterm lebih tinggi daripada kehamilan awal, sekitar 95%, sedangkan kejadian kehamilan awal atau KPD awal kehamilan adalah sekitar 34.

Tujuan: Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini (KPD) meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan ketuban pecah dini (KPD)

**NURSING CARE IN INTERNATAL MOTHERS WITH
PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES (KPD)**

(Anes Adesti , 2022, 144 halaman)

ABSTRACT

Background : *Premature rupture of membranes is a state of rupture of the membranes before delivery and after 1 hour of waiting there are no signs. If premature rupture of membranes occurs before 37 weeks of gestation, it is called premature rupture of membranes in premature pregnancy. The incidence of premature rupture of membranes or PROM is closely related to many external factors and the incidence is higher in people with a lot of activity during pregnancy. In addition, many references show that in the reported incidence of PROM, the incidence of term pregnancy is higher than that of early pregnancy, about 95%, while the incidence of early pregnancy or early pregnancy PROM is around 34.*

Objective : *To determine nursing care in intranatal mothers with premature rupture of membranes or (KPD) including assessment, intervention, implementation, and evaluation of nursing.*

Keywords : *Nursing care for intranatal mothers with premature rupture of membranes (KPD).*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Intranatal Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Rheyco Viktoria, Sp.,An selaku direktur RSUD Curp yang telah menyediakan tempat untuk penulis dalam melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staff Ruangan Rawat Inap Teratai yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas pengalaman, pembelajaran selama penulis berada dilapangan.
6. Yanti Sutriyanti, SKM. M. Kep. Selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan

memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Ns. Sri Haryani, S.Kep, M. Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
8. Silvia puspa,S.Kep.Ners selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
9. Ns.Misniarti,S.kep,M.kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.
10. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
11. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
12. Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan penulisan tugas akhir ini.

Mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup,2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	3
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Ketuban Pecah Dini.....	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Klasifikasi	10
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	10
2.1.5 Anatomi Fisiologi	10
2.1.6 Patofisiologi.....	12
2.1.7 WOC (<i>Web Of Caution</i>) KPD	15
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.9 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini (KPD).....	16
2.1.10 Komplikasi.....	17
2.2 Konsep <i>persalinan</i>	20
2.2.1 Definisi	20
2.2.2 Anatomi dan fisiologis.....	23

2.2.3 Mekanisme persalinan	24
2.2.4 Nyeri persalinan.....	25
2.2.5 Penyebab nyeri persalinan	26
2.2.6 Jenis nyeri persalinan.....	26
2.2.7 Managemen nyeri	27
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	33
2.3.1 Pengkajian	33
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	35
2.3.3 Rencana Keperawatan	36
2.3.4 Implementasi Keperawatan	39
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	41
2.4 Konsep Teknik Relaksasi pernafasan dan massage.....	57
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	62
3.2 Diagnosa Keperawatan	75
3.3 Intervensi Keperawatan	76
3.4 Implementasi Keperawatan	82
3.5 Evaluasi keperawatan	94
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian Keperawatan	109
4.2 Diagnosa Keperawatan	111
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	114
4.4. Implementasi Keperawatan	116
4.5 Evaluasi keperawatan	118
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	120
5.2 Saran	122
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.2	Rencana Keperawatan	40
3.1	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	66
3.2	Tanda – Tanda Vital	67
3.3	Pemeriksaan Fisik	68
3.4	Pemeriksaan Laboratorium	71
3.5	Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini	72
3.6	Analisa Data	73
3.7	Diagnosa Keperawatan	76
3.8	Rencana Keperawatan	78
3.9	Implementasi Keperawatan	85
3.10	Evaluasi Keperawatan	99

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
1	Kondisi Ketuban	8
2	Sistem Reproduksi Wanita	21
3	Perineum	22
4	Terapi Massage Effleurage	56

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
2.1.7	Skema WOC (Web of Causation)	14

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	Lembar Konsul
2.	Pernyataan
3.	Biodata
4.	Surat Pengambilan Kasus
5.	Surat Selesai Pengambilan Kasus

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan premature rupture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Purwaningtyas, 2017).

Dampak yang paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan (RDS atau Respiratory Distress Syndrome), yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi akan meningkat prematuritas, asfiksia, dan hipoksia, prolapse (keluarnya tali pusat), risiko kecacatan, dan hypoplasia paru janin pada aterm. Efek yang bisa terjadi pada ibu antara lain korioamnionitis, tindakan operatif dan sepsis puerperal. Sedangkan pada janin komplikasi yang sering terjadi ialah prematuritas, gawat janin ataupun kematian janin akibat penekanan tali pusat. Infeksi yang banyak dialami oleh ibu sebagian besar merupakan akibat dari adanya komplikasi

kehamilan, seperti febris, korioamnionitis, infeksi saluran kemih, dan sebanyak 65% adalah karena KPD yang banyak menimbulkan infeksi pada anak ibu dan bayi. Oleh karena itu, tatalaksana ketuban pecah dini memerlukan tindakan yang rinci sehingga dapat menurunkan kejadian persalinan prematuritas dan infeksi dalam rahim. Resiko terjadinya infeksi dilaporkan kurang dari 10% dan akan meningkat menjadi 40% jika tidak ditangani dalam waktu 24 jam (Prawiroharjo S, 2011). Ketuban pecah dini tidak lagi pelindung untuk janin. Dikhawatirkan akan terjadi infeksi dan keracunan pada bayi belum lahir. Apabila bayi sudah cukup umur untuk dilahirkan, dokter biasanya akan melakukan tindakan *sectio caesaria* apabila jalan normal tidak mungkin ditempuh (Azhar, 2017).

Data *World Health Organization* (WHO) setiap tahun sejumlah 358.000 ibu meninggal saat bersalin dimana 355.000 (99%) berasal dari negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) di negara berkembang merupakan peringkat tertinggi dengan 290 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan Angka Kematian Ibu (AKI) di negara maju yaitu 14 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2015 di dunia yaitu 303.000 menurun sekitar 44% dibandingkan dengan tahun 1990 (WHO, 2015).

Angka kejadian ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Curup pada tahun 2018 sebanyak 220 kasus, pada tahun 2019 sebanyak 211 kasus, pada tahun 2020 mengalami penurunan terjadi ketuban pecah dini sebanyak 61 kasus (Rekam Medik RSUD Curup, 2022).

Kejadian ibu dengan ketuban pecah dini akan mengalami persalinan spontan namun ditakutkan akan mengancam jiwa janin dan ibu yang berhubungan dengan ketuban pecah dini yang meliputi infeksi, maka perlu dilahirkan dengan induksi. Masalah keperawatan yang terjadi pada pasien ketuban pecah dini (KPD) adalah Nyeri berhubungan dengan pencedera fisiologis, Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dan Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya.

Persalinan dapat diartikan sebagai proses keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Rohani, 2011). Respon fisiologis dari persalinan adalah munculnya kontraksi rahim yang menimbulkan rasa nyeri dan ketidaknyamanan bagi ibu saat menghadapi persalinan (Manurung, 2011). Keadaan ini mulai timbul pada kala 1 yaitu di fase laten dan fase aktif. Pada kala I persalinan, kontraksi uterus menyebabkan dilatasi serviks dan mendorong janin menuju jalan lahir. Kontraksi uterus yang dialami menimbulkan rasa nyeri (Walyani dkk, 2016). Apabila nyeri dalam persalinan tidak diatasi akan memunculkan masalah tidak hanya menyakitkan bagi ibu akan tetapi juga mengancam bagi janinnya.

Indikasi terminasi kehamilan dengan induksi adalah KPD, kehamilan postterm, polyhidramnion, pendarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta), riwayat persalinan cepat, kanker, PEB, IUFD. Banyak *metode induksi* yang telah banyak dilakukan dan ternyata kegagalan sering terjadi bila servik belum matang (legawati, 2018). Metode induksi adalah tindakan yang dilakukan untuk merangsang kontraksi Rahim guna mempercepat proses

persalinan, metode induksi persalinan dilakukan dengan cara memberikan obat berisi hormon untuk menipiskan atau mematangkan leher Rahim, baik dalam Bentuk obat oral, obat yang dimasukkan kedalam vagina (suppositorial) maupun menggunakan obat-obatan yang diinfuskan ke pembuluh darah, oleh karena itu akan menimbulkan rasa nyeri pada ibu bersalin tersebut.

Berdasarkan permasalahan dan dampak yang di timbulkan maka strategi yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis adalah terapi massage effleurage, terapi massage adalah suatu tindakan penekanan oleh tangan dengan cara lembut pada jaringan lunak, biasanya pada otot, tendon atau ligament, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi (Situmorang,2009). Teknik massage effleurage berupa usapan lembut panjang dan tidak terputus-putus sehingga menimbulkan efek relaksasi (parulian, 2014). Terapi massage effleurage bisa didampingi juga dengan relaksasi pernafasan untuk mencapai kenyamanan yang maksimal. Teknik relaksasi pernafasan merupakan suatu tindakan pengendalian nyeri non farmakologis yang dapat membantu ibu mengendurkan seluruh tubuhnya ketika rahim berkontraksi(Monasantika, 2021).

Selain itu menurut (lusiana, 2012) teknik relaksasi pernafasan bukan hanya untuk mengatasi nyeri tetapi juga untuk menurunkan kecemasan atau ansietas, meningkatkan relaksasi otot, mengatur frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap, dan memperbaiki mobilitas pada ibu bersalin. Sedangkan untuk penanganan aktif untuk induksi pada ibu bersalin

dengan oksitisin, apabila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat diberikan misoprostol intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali (Khafidoh, 2014).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Intranatal dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) melalui proses pengkajian, intervensi, implementasi terutama penerapan teknik relaksasi pernafasan dan massage effleurage evaluasi secara komprehensif di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Data Ruang teratai inap RSUD Curup pada tahun 2020 ketuban pecah dini sebanyak 61 kasus. Masalah yang terjadi pada pasien ketuban pecah dini (KPD) adalah Nyeri berhubungan dengan pencedera fisiologis, Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dan Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, Gangguan rasa nyaman dengan efek samping terapi (induksi), dan Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Ketuban Pecah Dini (KPD) melalui proses keperawatan mulai dari proses pengkajian, rencana perawatan, tindakan keperawatan, evaluasi hasil, dan tindakan manajemen nyeri dengan pemberian terapi relaksasi pernafasan dan massage pada pasien induksi persalinan ketuban pecah dini (KPD) di Rumah Sakit RSUD Curup tahun 2022?”.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan di ruang teratai RSUD Curup Tahun 2022.

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian keperawatan pada pasien ketuban pecah dini (KPD) di Ruang Teratai RSUD Curup.
- b. Dapat membuat rencana perawatan pada pasien ketuban pecah dini (KPD) di Ruang Teratai RSUD Curup.
- c. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat pada pasien ketuban pecah dini (KPD) di Ruang Teratai RSUD Curup.
- d. Dapat Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan ketuban pecah dini (KPD) di Ruang Teratai RSUD Curup.
- e. Dapat mendokumentasikan Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan pada pasien ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Curup

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

a. Bagi pasien

Dapat mendapatkan kepuasan dari tindakan Asuhan keperawatan yang telah diberikan dari pengkajian, intervensi dan implementasi sehingga mendapatkan Pengetahuan yang lebih luas dan dapat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri pada ketuban pecah dini (KPD).

b. Bagi Perawat

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien ketuban pecah dini (KPD) di RSUD curup tahun 2022.

c. Bagi lembaga

1. Lembaga rumah sakit

Dapat memberikan dan menerapkan tindakan keperawatan secara IPDN base pada ibu bersalin ketuban pecah dini dari hasil penelitian-penelitian di ruang inap teratai RSUD curup tahun 2022

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat di jadikan bahan referensi perpustakaan di politeknik kesehatan kemenkes Bengkulu DIII keperawatan dan sebagai bahan masukan yang berguna untuk meningkatkan mutu pendidikan keperawatan .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan. (Prawirohardjo, 2016)

KPD adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda inpartu (Kennedy et al., 2019). Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur.



Gambar 2.1 Kondisi Ketuban
Sumber : Syarifa (2021)

Insiden ketuban pecah dini (KPD) terkait erat dengan banyak faktor eksternal, dan insiden lebih tinggi pada orang dengan aktivitas yang banyak selama kehamilan. Selain itu, banyak referensi menunjukkan bahwa dalam insiden KPD yang dilaporkan, kejadian kehamilan aterm lebih tinggi

daripada kehamilan awal, sekitar 95%, sedangkan kejadian kehamilan awal atau KPD awal kehamilan adalah sekitar 34% (Wiadnya, Surya, 2016)

2.1.2 Etiologi

Etiologi ketuban pecah dini (KPD) menurut Aspiani (2017) masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah :

a. Infeksi genetalia

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya KPD.

b. Serviks yang inkompeten

Kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada serviks uteri akibat persalinan atau curettage.

c. Tekanan intra uterine yang meningkat

Tekanan intra uterine yang meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya karena hidramnion, gemeli dan trauma. Trauma yang didapat misalnya karena hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.

d. Kelainan letak

Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Maryunani (2016) ada 2 klasifikasi ketuban pecah dini, yaitu:

- a. PPRM (*Preterm Premature Rupture of Membrane*), yang merupakan ketuban pecah pada saat usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
- b. PROM (*Premature of Membrane*), yang merupakan ketuban pecah pada saat usia kehamilan lebih dari 37 minggu.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala kehamilan dengan KPD adalah cairan ketuban yang keluar melalui vagina. Cairan ketuban memiliki bau amis dan bebas amonia, dapat mengalir atau masih mengalir, berwarna pucat dan berlumuran darah. Cairan ini tidak akan berbau amis karena terdapat di produksi sampai pengiriman. Namun saat, kepala bayi yang berbaring sering kali menyumbat fistula atau menyumbat fistula untuk sementara. Demam, keputihan, nyeri perut, dan detak jantung janin yang cepat adalah tanda-tanda infeksi (Sunarti, 2017)

2.1.5 Anatomi Fisiologi

a. Air ketuban (*Liquor Amnii*)/Tiris

Di dalam amnion yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnion) dan selaput pembungkus (*chorion*) terdapat air ketuban (*liquor amnii*). Volume air ketuban pada hamil cukup bulan 1000-1500 ml, warna agak keruh, serta mempunyai bau yang khas, agak hamis. Cairan ini dengan berat 1.007-1.008 terdiri atas 97-98% air. Sisanya terdiri atas garam anorganik serta bahan organik dan terdapat rambut lanugo (rambut berasal dari bayi). Protein ini ditemukan rata-rata 2,6% per liter, sebagian besar sebagai albumin.

Warna air ketuban ini menjadi kehijau-hijauan karena bercampur mekonium (kotoran pertama yang dikeluarkan bayi dan mengeluarkan empedu). Untuk membuat diagnosis umumnya dipakai sel-sel yang terdapat di dalam air ketuban dengan melakukan fungsi kedalam ruang ketuban rahim melalui dinding dengan perut untuk memperoleh sampel cairan ketuban (*amniocentesis*). Umumnya pada kehamilan minggu ke-14 hingga 16 dengan ultrasonografi ditentukan sebelum letak plasenta, untuk menghindari plasenta ditembus. Fungsi melalui plasenta dapat menimbulkan pendarahan dan pencernaan *liquor amnii* oleh darah, mengadakan analisis kimiawi dan sitotrauma pada janin. Plasenta percampuran darah antara janin dan ibu dengan kemungkinan sensitive (*sensitization*).

Fungsi air ketuban yaitu melindungi janin terhadap trauma luar, memungkinkan janin bergerak dengan bebas, melindungi suhu tubuh janin, meratakan tekanan didalam uterus pada saat partus, sehingga serviks membuka, membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi tidak mengalami infeksi, dan untuk menambah suplai cairan janin dengan cara diminum kemudian dikeluarkan melalui kencing.

b. Fisiologi selaput ketuban

Amnion manusia dapat berkembang dari delaminasi sitotrofoblas. Ketika amnion membesar, perlahan-lahan kantong ini meliputi embrio yang sedang berkembang, yang akan prolaps ke dalam rongganya. Distensi kantong amnion akhirnya mengakibatkan kantong tersebut menempel dengan bagian di dalam ketuban, amnion dan korion walaupun sedikit menempel tidak pernah berhubungan erat dan biasanya dapat dipisahkan dengan mudah, bahkan pada waktu aterm, amnion normal mempunyai tebal 0,02 sampai 0,05 mm.

2.1.6 Patofisiologi

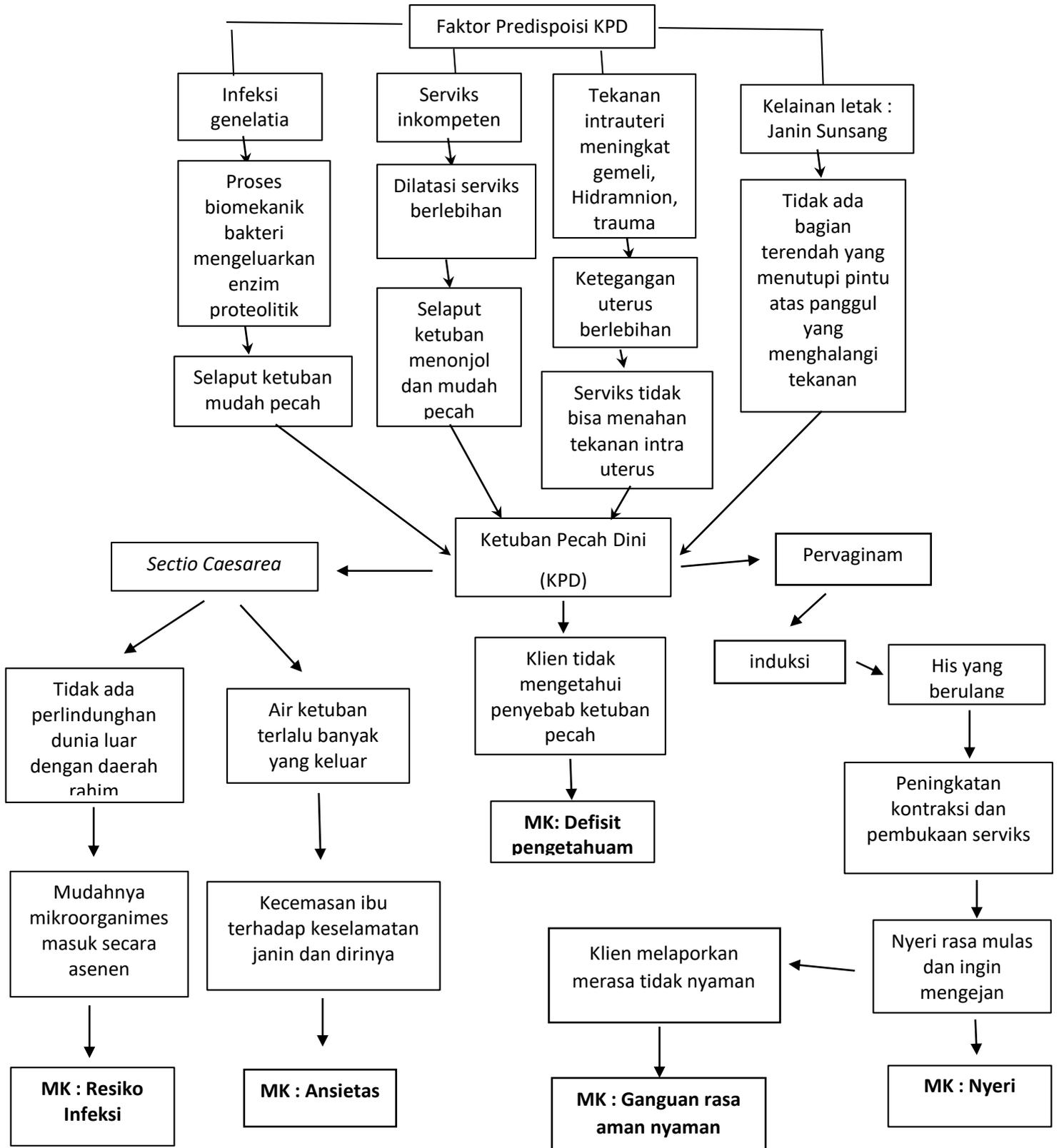
Ketuban pecah dini secara umum disebabkan oleh peningkatan kontraksi uterus dan peregangan berulang. Pada trimester ketiga ketuban mudah pecah karena pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Pecahnya selaput ketuban pada masa kehamilan merupakan hal yang fisiologi (Prawiroharjo,2016).

Serviks mulai membuka atau mendatar dan juga karena adanya tekanan pada saat pertama ostium uteri internum. Ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis baru kemudian ostium eksternum, ostium uteri internum dan ostium uteri eksternum, serta penipisan dan mendatar serviks terjadi. Pada saat itulah ketuban pecah dengan sendirinya yang diakibatkan oleh tekanan dan pergeseran pada saat pembukaan serviks lengkap(sebelum pembukaan 5 cm) (Aspiani,2017).

Hal ini dapat menyebabkan dinding rahim mengecil dan menekan pada bayi sehingga dapat menimbulkan asfiksia pada bayi. Sedangkan air ketuban yang berlebihan $\pm 1,5$ liter dapat menyebabkan kelainan pada ibu dan bayi yang dinamakan Hidramnion, juga kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari atas diarahkan kebagian membran yang menyentuh as internal, akibatnya ketuban pecah dini lebih mudah terjadi. (Saifudin, 2002 dalam Aspiani 2017).

2.1.7 WOC KPD

2.1 Skema WOC KPD



Poltekkes Kemenkes Bengkulu

(Sumber ; Aspiani, 2017)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

1. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya.
2. Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine, atau sekret vagina
3. Secret ibu hamil pH: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna tetap kuning.
4. Tes lakmus (nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
5. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan daun pakis (Manuaba, 2014).

b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion (Manuaba, 2014).

2.1.9 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Ratnawati (2017), penatalaksanaan ketuban pecah dini, yaitu:

1. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk kerumah sakit.
2. Bila janin hidup dan terdapat prolaps tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud
3. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin.
4. Jika tali pusat di vulva maka dibungkus kain hangat yang dilapisi plastik
5. Jika ada demam atau dim khawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam berikan antibiotik
6. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
7. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis.
8. Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan
9. Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.

10. Bila tidak ada his lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5.

11. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan 3 cara, yaitu :

a) Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan.

b) Persalinan secara normal/pervaginam

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

c) *Sectio caesarea*

Sectio Caesarea adalah persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

(winknyosastro, 2007 dalam Aspiani 2017).

2.1.10 Komplikasi

Menurut POGI (2016), kejadian komplikasi KPD dapat dibagi menjadi dua kategori.:

a. Komplikasi ibu

Komplikasi pada ibu yang terjadi biasanya berupa infeksi intrauterin. Infeksi tersebut dapat berupa endomyometritis, maupun korioamnionitis yang berujung pada sepsis

b. Komplikasi janin

Salah satu komplikasi yang paling sering terjadi adalah persalinan lebih awal. Periode laten, yang merupakan masa dari pecahnya selaput amnion sampai persalinan secara umum bersifat proporsional secara terbalik dengan usia gestasi pada saat KPD terjadi. Bila KPD terjadi sangat cepat, neonatus yang lahir hidup dapat mengalami sekuele seperti malpresentasi, kompresi tali pusat, oligohidramnion, necrotizing enterocolitis, gangguan neurologi, perdarahan intraventrikel, dan sindrom distress pernapasan

Menurut (Negara, et al. 2017), komplikasi dari KPD akan mempengaruhi morbiditas dan mortalitas neonatus serta berdampak pada ibu itu sendiri, termasuk

a). Persalinan premature

Setelah ketuban pecah, persalinan biasanya segera berlanjut. Akhirnya, 90% kehamilan terjadi 24 jam setelah ketuban pecah. Pada usia kehamilan 28 minggu, 50 persen kelahiran terjadi dalam 24 jam. Kelahiran normal dalam waktu 1 minggu selama 26 minggu kehamilan atau lebih..

b). Inpeksi

Risiko inpeksi pada ibu & bayi meningkat dengan ketuban pecah dini. Korioamnionitis dapat terjadi pada ibu. Pada neonatus, sepsis, pneumonia, nasofaringitis dapat terjadi

c). Hepoksia & aspiksia

Ketika selaput ketuban pecah, guasojun positif berkembang, dan bagian dari janin dapat menempel pada jagundyuk dan mati lemas serta meremas tali pusat karena kekurangan oksigen..

d). Sindrom malformasi janin

Keterlambatan pertumbuhan janin akibat ketuban pecah dini

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

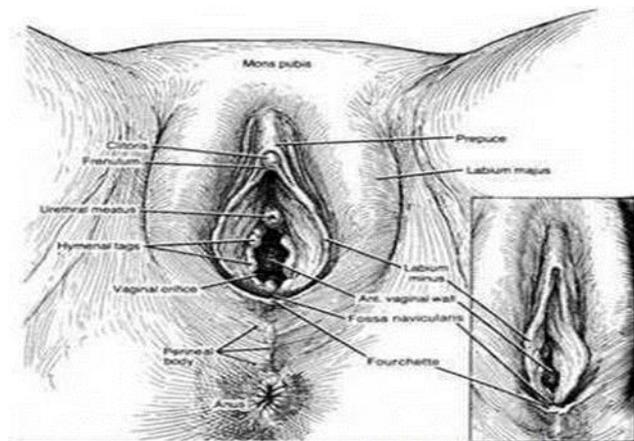
Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalina spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjosastro, 2012). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyakit (Damayanti, dkk,2014).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan yaitu sekitar 37-42 minggu dan lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18-24 jam tanpa komplikasi. Persalinan adalah perlakuan oleh rahim ketika bayi akan dikeluarkan. Bahwa selama persalinan, rahim akan berkontraksi dan mendorong bayi sampai ke leher rahim. Sehingga dorongan ini menyebabkan leher rahim mencapai pembukaan lengkap, kontraksi dan dorongan ibu akan menggerakkan bayi ke bawah (Nurasih, Nurkholifah, 2016).

2.2.2 Anatomi Dan Fisiologi

Sistem reproduksi wanita terdiri dari organ interna, yang terletak di dalam rongga pelvis dan ditopang oleh rantai pelvis, dan genetalia eksterna, yang terletak di perineum. Struktur reproduksi interna dan eksterna berkembang menjadi matur akibat rangsang hormon estrogen dan progesterone.

Stuktur eksterna



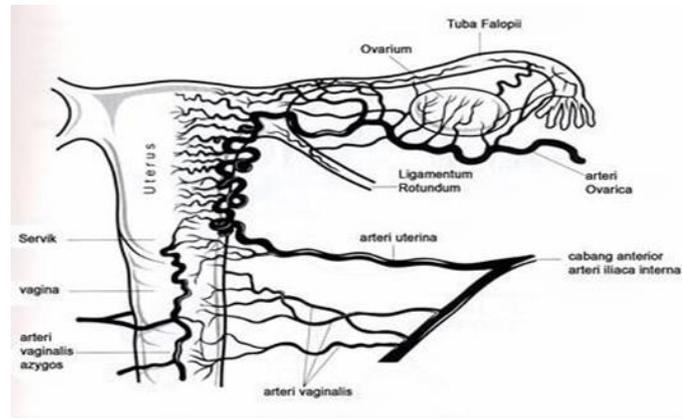
Gambar 2.2 Sistem Reproduksi wanita

Sumber : failfaire (2020)

- a. Vulva : Nama yang diberikan untuk struktur genetalia externa. Kata ini berarti penutup atau pembungkus yang berbentuk lonjong, berukuran panjang, mulai klitoris, kanan kiri dibatasi bibir kecil sampai ke belakang dibatasi perineum.
- b. Mons pubis : Jaringan lemak subkutan berbentuk bulat yang lunak dan padat serta merupakan jaringan ikat jarang di atas simfisis pubis.

- c. Labia mayora : Dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan kulit yang menyatu dengan mons pubis.
- d. Labia minora : Terletak di antara dua labia mayora, merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, dan tidak berambut yang , memanjang ke arah bawah dari bawah klitoris dan dan menyatu dengan fourchett. Pembuluh darah yang sangat banyak membuat labia berwarna merah kemerahan dan memungkinkan labia minora membengkak, bila ada stimulus emosional atau stimulus fisik. Kelenjar-kelenjar di labia minora juga melumasi vulva.
- e. Klitoris : Organ pendek berbentuk silinder dan yang terletak tepat di bawah arkus pubis.
- f. Vestibulum : Ialah suatu daerah yang berbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris dan fourchette..
- g. Fourchette : Lipatan jaringan transversal yang pipih dan tipis, dan terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayora dan minora.
- h. Perineum : Daerah muskular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus.,

Struktur interna



Gambar 2.3 Perinuium

Sumber : Megan (2020)

- a. Ovarium : Ovarium terletak di setiap sisi uterus, di bawah dan di belakang tuba falopi. Dua fungsi ovarium adalah menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormon. Saat lahir, ovarium wanita normal mengandung banyak ovum primordial.
- b. Tuba falopi : Merupakan jalan bagi ovum. Ovum didorong di sepanjang tuba, sebagian oleh silia, tetapi terutama oleh gerakan peristaltis lapisan otot. Esterogen dan prostaglandin mempengaruhi gerakan peristaltis.
- c. Uterus : Organ berdinding tebal, muskular, pipih, cekung yang tampak mirip buah pir yang terbalik. Tiga fungsi uterus adalah siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan dan persalinan.

- d. Vagina : Suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas. Cairan vagina berasal dari traktus genetalis atas atau bawah, Cairan sedikit asam.

2.2.3 Mekanisme persalinan

Selama persalinan, kontraksi uterus dimulai terutama di puncak fundus uteri kemudian menyebar ke seluruh korpus uteri. Setiap kontraksi uterus cenderung mendorong bayi ke arah serviks karena kontraksi intensitasnya kuat pada puncak dan korpus uteri, namun lemah di segmen bawah uterus ke arah serviks. Saat awal persalinan, kontraksi hanya terjadi sekali tiap 30 menit. Seiring majunya persalinan kontraksi timbul sekali setiap 1 sampai 3 menit dan intensitasnya terus meningkat dengan periode relaksasi yang singkat diantara kontraksi. Gabungan kontraksi antara uterus dan otot-otot abdomen selama persalinan menyebabkan tekanan kebawah sekitar 25 pon pada setiap kontraksi. Lebih dari 95 persen persalinan, bagian pertama yang dikeluarkan dari bayi adalah kepala. Kemudian bagian besar sisanya yang dikeluarkan pertama kali adalah bokong. Jika yang keluar pertama bagian bokong maka dinamakan sungsang. Dimana kepala bertindak sebagai baji untuk membuka jalan lahir ketika janin didorong ke bawah. Serviks uteri menjadi hambatan utama ketika pengeluaran janin, namun menjelang akhir kehamilan serviks menjadi lunak sehingga memungkinkan terjadi peregangan saat uterus mengalami kontraksi (Guyton, A. C., Hall, J. E., 2014).

2.2.4 Nyeri Persalinan

Seorang merasakan nyeri yang sangat hebat ketika terjadi kontraksi pada uterus. Pada awal persalinan rasa nyeri terjadi karena hipoksia otot-otot uterus akibat kompresi pembuluh darah uterus. Nyeri tidak terasa jika saraf hipogastrikus telah dipotong dimana saraf tersebut membawa serat-serat sensorik viseral yang berasal dari uterus. Namun ketika kala dua persalinan saat janin dikeluarkan melalui jalan lahir akan terasa rasa nyeri yang lebih hebat regangan serviks, regangan perineum atau bisa dikarenakan robekan pada struktur-struktur didalam vagina. Rasa nyeri tersebut segera dikirimkan ke medulla spinalis dan otak ibu oleh saraf somatik (Guyton, A. C., Hall, J. E., 2014).

Rasa nyeri persalinan merupakan salah satu tanda terjadinya akhir kehamilan. Rasa nyeri pada persalinan kala I muncul akibat adanya perubahan segmen uterus bawah dan serviks. Pada akhir kala I dan kala II, rasa nyeri disebabkan oleh distensi dasar panggul, vagina dan perineum. Nyeri dihantarkan melalui serabut saraf aferen viseral yang menyertai saraf simpatis menuju medula spinalis pada segmen T10 hingga L1. Nyeri ditransmisikan oleh serabut saraf somatik menuju medula spinalis pada segmen S2 hingga S4. Secara fisiologis nyeri dapat terjadi ketika otot-otot rahim berkontraksi agar terjadi pembukaan serviks serta mendorong kepala bayi turun kearah panggul (Guyton, A. C., Hall, J. E., 2014).

2.2.5 Penyebab Nyeri Persalinan

Rasa nyeri saat persalinan merupakan hal yang normal terjadi. Penyebabnya meliputi faktor fisiologis dan psikis (Hartanti, 2005).

a. Faktor fisiologis

Faktor psikologis yang dimaksud adalah kontraksi. Gerakan otot ini menimbulkan rasa nyeri karena saat itu otot-otot rahim memanjang dan kemudian memendek. Serviks juga akan melunak, menipis dan mendatar, kemudian tertarik. Saat itulah kepala janin menekan mulut rahim dan membukannya. Jadi, kontraksi merupakan bagian dari upaya membuka jalan lahir.

Intensitas rasa nyeri dari pembukaan satu sampai pembukaan sepuluh akan bertambah tinggi dan semakin sering sebanding dengan kekuatan kontraksi dan tekanan bayi terhadap struktur panggul, diikuti regangan bahkan perobekan jalan lahir bagian bawah. Dari tak ada pembukaan sampai pada pembukaan 2 bisa berlangsung sekitar 8 jam. Rasa sakit pada pembukaan 3 cm sampai selanjutnya rata-rata 0,5-1 cm perjam. Maka lama dan frekuensi nyeri makin sering dan makin bertambah kuat sampai mendekati proses persalinan.

b. Faktor Psikis

Rasa takut dan cemas yang berlebihan akan mempengaruhi rasa nyeri. Setiap ibu mempunyai versi sendiri-sendiri tentang nyeri persalinan, karena ambang batas rangsang nyeri setiap orang berlainan dan subyektif sekali. Ada yang merasa tidak sakit hanya perutnya yang terasa kencang.

Adapula yang merasa tidak tahan mengalami rasa nyeri. Beragam respon itu merupakan suatu mekanisme proteksi diri dari rasa nyeri yang dirasakan.

2.2.6. Jenis Nyeri Persalinan

Persalinan berhubungan dengan dua jenis nyeri yang berbeda. Pertama nyeri berasal dari otot rahim, pada saat otot ini berkontraksi nyeri yang timbul disebut nyeri viseral. Nyeri ini tidak dapat ditentukan dengan tepat lokasinya (Pain-Pointed). Nyeri viseral juga dapat dirasakan pada orang lain yang bukan merupakan asalnya disebut nyeri alih (Reffered pain). Pada persalinan nyeri alih dapat dirasakan pada orang yaitu punggung bagian bawah dan sacrum. Sedangkan nyeri yang kedua timbul pada saat mendekati kelahiran. Tidak seperti nyeri viseral, nyeri ini terlokalisir di daerah vagina, rectum dan perinium sekitar anus. Nyeri jenis ini disebut nyeri somatik dan disebabkan peregangan struktur jalan lahir bagian bawah akibat penurunan bagian terbawah janin (Ratnaningsih, 2010).

2.2.7. Managemen Nyeri

1). Managemen Farmakologi

Managemen farmakologi merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan obat-obatan. Obat merupakan bentuk pengendalian nyeri yang paling sering diberikan oleh perawat dengan kolaborasi dengan dokter. Terdapat tiga kelompok obat nyeri yaitu:

a. Analgetik non opioid – Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)

Efektif untuk penatalaksanaan nyeri ringan sampai sedang terutama asetomenofn (Tylenol) dan OAINS dengan ef anti peritik, analgetik dan anti iflamasi, Asam asetilsalisilat (aspirin) dan Ibuprofin (Morfin, Advil) merupakan OAINS yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri akut derajat ringan. OAINS menghasilkan analgetik dengan bekerja ditempat cedera melalui inhibisi sintesis prostaglandin dari prekursor asam arokidonat. Prostaglandin mensintesis nosiseptor dan bekerja secara sinergis dengan prodok inflamatorik lain di tempat cedera, misalnya bradikinibin dan histamin untuk menimbulkan hiperanalgetik. Dengan demikian OAINS mengganggu mekanisme transduksi di nosiseptor aferen primer dengan menghambat sintesis prostaglandin.

b. Analgesia opioid

Merupakan analgetik yang kuat yang bersedia dan digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan skala sedang sampai dengan berat. Obat-obat ini merupakan patokan dalam pengobatan nyeri pasca operasi dan nyeri terkait kanker. Morfin merupakan salah satu jenis obat ini yang digunakan untuk mengobati nyeri berat. Berbeda dengan OAINS yang bekerja diperifer, Morfin menimbulkan efek analgetiknya di sentral. Morfin menimbulkan efek dengan mengikat reseptor opioid di nukleus modulasi di batang otak yang menghambat nyeri pada sistem assenden.

c. Adjuvan / Koanalgetik

Merupakan obat yang memiliki efek analgetik atau efek komplementer dalam penatalaksanaan nyeri yang semula dikembangkan untuk kepentingan lain. Contoh obat ini adalah Karbamazopin (Tegretol) atau Fenitoin (Dilantin)

2). Managemen Non-Farmakologi

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam mengatasi (memanajemen) nyeri saat persalinan, yaitu salah satunya dengan memberikan terapi non farmakologis. Terapi non- farmakologis yaitu terapi yang digunakan yakni dengan tanpa menggunakan obat-obatan, tetapi dengan memberikan berbagai teknik yang setidaknya dapat sedikit mengurangi rasa nyeri saat persalinan tiba. Beberapa hal yang dapat dilakukan ialah:

a. Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri. Ada empat tipe distraksi, yaitu distraksi visual, misalnya membaca atau menonton televisi, Distraksi auditory, misalnya mendengarkan musik, Distraksi taktil, misalnya menarik nafas dan massase, Distraksi kognitif, misalnya bermain puzzle.

b. Hypnosis-diri

Hypnosis-diri dengan membantu merubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Hypnosis-diri menggunakan sugesti dari danksan tentang perasaan yang rileks dan damai. Hypnosis didefinisikan sebagai suatu kondisi pikiran dimana fungsi analitis logis pikiran direduksi sehingga memungkinkan individu masuk kedalam kondisi sadar (Purwanto,2013). Hypnosis-diri sama seperti dengan melamun. Konsentrasi yang efektif mengurangi ketakutan dan sters karena individu berkonsentrasi hanya pada satu pikiran. Selain itu juga mengurangi persepsi nyeri merupakan salah satu sederhana untuk meningkatkan rasa nyaman ialah membuang atau mencegah stimulasi nyeri. Hal ini terutama penting bagi klien yang imobilisasi atau tidak mampu merasakan sensasi ketidaknyamanan. Nyeri juga dapat dicegah dengan mengantisipasi kejadian yang menyakitkan, misalnya seorang klien yang dibiarkan mengalami konstipasi akan menderita distensi dan kram abdomen. Upaya ini hanya klien alami dan sedikit waktu ekstra dalam upaya menghindari situasi yang menyebabkan nyeri.

c. Stimulus Kutaneus

Terapi stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri massase, mandi air hangat, kompres panas atau dingin dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) merupakan langkah-langkah sederhana dalam upaya menurunkan persepsi nyeri. Cara kerja khusus

stimulasi kutaneus masih belum jelas. Salah satu pemikiran adalah cara ini menyebabkan pelepasan endorfin, sehingga memblokir transmisi stimulasi nyeri. Teori Gate-kontrol mengatakan bahwa stimulasi kutaneus mengaktifkan transmisi tersebut saraf sensoris A-Beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut delta-A berdiameter kecil. Gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri. Bahwa keuntungan stimulasi kutaneus adalah tindakan ini dapat dilakukan di rumah, sehingga memungkinkan klien dan keluarga melakukan upaya kontrol gejala nyeri dan penanganannya. Penggunaan yang benar dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu mengurangi ketegangan otot.

Stimulasi kutaneus jangan digunakan secara langsung pada daerah kulit yang sensitif (misalnya luka bakar, luka memar, lecet kulit, inflamasi dan kulit dibawah tulang yang fraktur).

d. Massage

Massage adalah melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan / atau memperbaiki sirkulasi. Massage adalah terapi nyeri yang paling primitif dan menggunakan refleksi lembut manusia untuk menahan, menggosok, atau meremas bagian tubuh yang nyeri.

e. Terapi Hangat dan Dingin

Terapi hangat dan dingin bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor). Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Agar efektif es harus diletakkan di area sekitar pembedahan. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri.

f. Relaksasi pernafasan

Relaksasi pernafasan yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare,2002). Menurut kegunaanya teknik relaksasi pernafasan dianggap mampu meredakan nyeri, prosesnya menarik nafas lambat melalui hidung (menahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan ketuban pecah dini

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan (Kozier, 2010).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien (Ambarwati & Wulandari, 2010). Pengkajian pada pasien dengan ketuban pecah dini (KPD) adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif
 - a. Identitas lengkap

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat.

b. Data riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan pada saat Ibu datang dengan pecahnya ketuban dini adalah banyak nya keluar air sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan komplikasi maupun tidak.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit akut, kronis seperti jantung, diabetes, hipertensi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu adanya penyakit keluarga seperti hipertensi, DM dan apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

c. Riwayat Perkawinan

Meliputi beberapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga mempengaruhi proses nifas.

d. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ibu pernah mengalami abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

3) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB sebelumnya, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama dan apakah ada keluhan selama program KB serta bagaimana rencana KB setelah masa nifas.

e. Kehidupan sosial budaya

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan ibu pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan, pijat ke dukun bayi.

f. Data psikologi

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon ibu terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi dan psikologis selama masa nifas, sang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk melihat bagaimana respon ibu terhadap bayinya dan respons ibu terhadap dirinya

g. Data Pengetahuan

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan ibu nifas.

h. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

- 1) Nutrisi, menggambarkan bagaimana nutrisi ibu, selama masa nifas seperti pola makan, minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan pantangan makanan
- 2) Eliminasi, bagaimana pola fungsi sekresi seperti buang air kecil dan besar yang terkaji dalam frekuensi, warna, bau

- 3) Pola istirahat dan tidur, bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.
- 4) Personal Hygiene, untuk mengetahui bagaimana kebersihan diri pasien pada masa nifas, terutama pada area genitalia atau area insisi pada abdomen apabila pasien melakukan persalinan .
- 5) Aktivitas, untuk mengetahui apakah pasien post partum mengalami penurunan aktivitas, mobilisasi dini post partum sebaiknya dilakukan yaitu dengan mika/miki, duduk dan berjalan.

2. Data Objektif

a. Tanda-Tanda Vital

1) Suhu

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 C – 37,5 C. Kemungkinan disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

2) Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat >120/90 mmHg.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala dan leher

Mata : Diperiksa bagian sklera dan konjungtiva

Hidung : ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis,
ada/tidaknya hipersekresi mukosa

Mulut : gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna
mukosa gigi

Leher : pemeriksaan JVP, KGB, dan tiroid

2) Dada

Inpeksi : Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak
abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi
pernafasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak.

Palpasi : Payudara tidak ada pembengkakan

Auskultasi : Terdengar BJ I dan II di IC kiri/kanan bunyi napas
normal vesikuler.

3) Abdomen : ada tidaknya distensi abdomen, jika operasi bagaimana dengan luka operasi adakah pendarahan, berapa tinggi fundus uterinya sebelum persalinan, bagaimana bising usus, adakah nyeri tekan.

4) Genitalia

Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan klien pada persalinan yang biasanya akan tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan.

5) Ekstremitas : Edema, Varises ada/tidak

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada kasus dengan ketuban pecah dini menurut Nugroho (2010) adalah :

1) Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kemungkinan air ketuban, urine atau sekret vagina.

2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam cavum uteri, melihat keadaan janin dan DJJ.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul menurut Aspiani, (2017) pada persalinan ketuban pecah dini, mencakup :

1. Nyeri berhubungan dengan pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan/ancaman terhadap kematian /kurang terpapar

informasi/kebutuhan tidak terpenuhi /terpapar bahaya lingkungan.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya /ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder /ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.
4. Gangguan rasa nyaman dengan efek samping terapi (induksi) /kurang pengendalian situasional.
5. Defisit Pengetahuan ketidaktahuan menemukan sumber informasi /kurang terpapar informasi /kurang minat dalam belajar.

2.3.3 Rencana keperawatan

2.2 Tabel Rencana keperawatan ketuban pecah dini (KPD)

No	Diagnosa keperawatan (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)	Rencana Tindakan Keperawatan		
		Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan)	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan induksi persalinan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang SLKI : Tingkat Nyeri L.08066</p> <p>a. dipertahankan pada level... b. ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menuntaskan aktivitas meningkat 1/2/3/4/5 2. Keluhan nyeri menurun 1/2/3/4/5 3. Meringis menurun 1/2/3/4/5 4. Sikap protektif menurun 1/2/3/4/5 5. Gelisah menurun 1/2/3/4/5 6. Kesulitan tidur 1/2/3/4/5 	<p>Intervensi utama : SIKI : Manajemen nyeri L.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 	<p>Rasional SIKI: Manajemen nyeri L.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respons nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri

		<p>7. Diaforesis menurun 1/2/3/4/5</p> <p>8. Perasaan depresi menurun 1/2/3/4/5</p> <p>9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 1/2/3/4/5</p> <p>10. Anoreksia menurun 1/2/3/4/5</p> <p>11. Perineum terasa tertekan menurun 1/2/3/4/5</p> <p>12. Uterus teraba membulat menurun 1/2/3/4/5</p> <p>13. Ketegangan otot menurun 1/2/3/4/5</p> <p>14. Frekuensi nadi membaik 1/2/3/4/5</p> <p>15. Pola nafas membaik, 1/2/3/4/5</p> <p>16. Tekanan darah membaik 1/2/3/4/5</p>	<p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi pernafasan) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitas istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi pernafasan) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi pernafasan) Untuk Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Untuk memfasilitas istirahat dan tidur Untuk mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p>
--	--	--	---	--

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Untuk menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. untuk mengajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi pernafasan) <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Resiko infeksi berkurang SLKI : Integritas Kulit Dan Jaringan L.14125</p> <ol style="list-style-type: none"> a. dipertahankan pada level... b. ditingkatkan pada level... <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <p>Dengan Kriteria Hasil</p>	<p>Intervensi utama SIKI : Induksi Persalinan L.07212</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi indikasi dilakukan induksi persalinan 2. Identifikasi riwayat obstetri (mis. Usia kehamilan dan lamanya persalinan sebelumnya dan kontraindikasi seperti riwayat SC, dan kelainan struktur pelvis) 	<p>Rasional SIKI : Induksi Persalinan L.07212</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui indikasi dilakukan induksi persalinan 2. Untuk menegtahui riwayat obstetri (mis. Usia kehamilan dan lamanya persalinan sebelumnya dan kontraindikasi seperti riwayat SC, dan

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 1/2/3/4/5 2. Hidrasi meningkat 1/2/3/4/5 3. Perfusi jaringan meningkat 1/2/3/4/5 4. Kerusakan jaringan menurun 1/2/3/4/5 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 1/2/3/4/5 6. Nyeri menurun 1/2/3/4/5 7. Perdarahan menurun 1/2/3/4/5 8. Kemerahan menurun 1/2/3/4/5 9. Hematoma menurun 1/2/3/4/5 10. Pigmentasi abnormal menurun 1/2/3/4/5 11. Jaringan parut menurun 1/2/3/4/5 12. Nekrosis menurun 1/2/3/4/5 13. Suhu kulit membaik 1/2/3/4/5 14. Sensasi membaik 1/2/3/4/5 15. Tekstur membaik 1/2/3/4/5 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor kontraksi uterus (mis. Frekuensi, durasi dan kekuatan dalam 10 menit) 4. Monitor kondisi ibu dan janin sebelum induksi (mis. Tanda vital, DJJ dan gerakan janin) 5. Monitor perubahan kontraksi uterus setiap 15 menit 6. Monitor kemajuan persalinan secara ketat 7. Monitor dengan partograf jika telah memasuki fase aktif 8. Monitor tanda-tanda insufisiensi uteroplasenta (mis. Deselerasi lambat) selama proses induksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan kenyamanan selama proses induksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat IV(mis. oksitosin) untuk merangsang aktivitas rahim 2. Kolaborasi pemberian agen mekanis atau farmakologis (mis. Laminaria, balon kateter, tablet cytotec, dan gel prostaglandin) 	<p>kelainan struktur pelvis)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui kontraksi uterus (mis. Frekuensi, durasi dan kekuatan dalam 10 menit) 4. Untuk mengetahui kondisi ibu dan janin sebelum induksi (mis. Tanda vital, DJJ dan gerakan janin) 5. Untuk mengetahui perubahan kontraksi uterus setiap 15 menit 6. Untuk mengetahui kemajuan persalinan secara ketat 7. Untuk mengetahui partograf jika telah memasuki fase aktif 8. Untuk mengetahui tanda-tanda insufisiensi uteroplasenta (mis. Deselerasi lambat) selama proses induksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan kenyamanan selama proses induksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk Kolaborasi pemberian obat IV(mis. oksitosin) untuk
--	--	---	--	--

			<p>3. Kolaborasi tindakan amniotomi, jika ada tanda inpartu (mis. Dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka)</p>	<p>merangsang aktivitas rahim</p> <p>2. Untuk Kolaborasi pemberian agen mekanis atau farmakologis (mis. Laminaria, balon kateter, tablet cytotec, dan gel prostaglandin)</p>
3.	<p>Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Ansietas berkurang SLKI : Tingkat Ansietas L.09093</p> <p>a. dipertahankan pada level...</p> <p>b. Ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <p>Dengan Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 1/2/3/4/5 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 1/2/3/4/5 3. Perilaku gelisah menurun 1/2/3/4/5 	<p>Intervensi utama SIKI : Terapi relaksasi (pernafasan) I.09326</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya. 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan 	<p>Rasional SIKI : Terapi relaksasi (pernafasan) I.09326</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. 2. Untuk memberikan teknik relaksasi yang pernah digunakan 3. Untuk mengetahui kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya. 4. Untuk mengetahui ketegangan otot,

		<p>4. Perilaku tegang menurun 1/2/3/4/5</p> <p>5. Keluhan pusing menurun 1/2/3/4/5</p> <p>6. Anoreksia menurun 1/2/3/4/5</p> <p>7. Palpitasi menurun 1/2/3/4/5</p> <p>8. Frekuensi nafas menurun 1/2/3/4/5</p> <p>9. Frekuensi nadi menurun 1/2/3/4/5</p> <p>10. Tekanan darah menurun 1/2/3/4/5</p> <p>11. Diaforesis menurun 1/2/3/4/5</p> <p>12. Tremor menurun 1/2/3/4/5</p> <p>13. Pucat menurun 1/2/3/4/5</p> <p>14. Konsentrasi membaik 1/2/3/4/5</p> <p>15. Perasaan keberdayaan membaik 1/2/3/4/5</p>	<p>5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi autogenik 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgeti atau tindakan medis lainnya, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (teknik relaksasi autogenik) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 	<p>frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5. Untuk mengetahui respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Untuk memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi autogenik 3. Untuk menggunakan pakaian longgar 4. Untuk menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Memberikan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgeti atau tindakan medis lainnya, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan
--	--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih <p>Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (teknik relaksasi pernafasan)</p>	<p>jenis relaksasi yang tersedia (teknik relaksasi autogenik)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. untuk menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. untuk menganjurkan mengambil posisi nyaman 4. untuk menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. untuk menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
4.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi (induksi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam gangguan rasa nyaman berkurang</p> <p>SLKI : status kenyamanan L.08064</p> <ol style="list-style-type: none"> c. dipertahankan pada level... d. Ditingkatkan pada level... <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menurun 7. Cukup menurun 8. Sedang 9. Cukup meningkat 10. Meningkat <p>Dengan Kriteria Hasil</p>	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 	<p>Rasional</p> <p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 11. Untuk mengetahui skala nyeri 12. Untuk mengetahui respons nyeri non verbal 13. Untuk mengetahui faktor yang

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 1/2/3/4/5 2. Gelisah menurun 1/2/3/4/5 3. Perilaku kebisingan menurun 1/2/3/4/5 4. Perilaku tegang menurun 1/2/3/4/5 5. Keluhan lelah menurun 1/2/3/4/5 6. Merintih menurun 1/2/3/4/5 7. Menangis menurun 1/2/3/4/5 8. Keluhan kepanasan menurun 1/2/3/4/5 9. Keluhan kedinginan 1/2/3/4/5 10. Keadaan rileks meningkat 1/2/3/4/5 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi pernafasan) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7. Fasilitas istirahat dan tidur 8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>memperberat dan memperingan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 15. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 16. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 17. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 18. Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Untuk memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi pernafasan) 10. Untuk Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 11. Untuk memfasilitas istirahat dan tidur
--	--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi pernafasan) <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Untuk mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Untuk menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Untuk menjelaskan strategi meredakan nyeri 8. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat 10. untuk mengajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi pernafasan)
5.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam defisit Pengetahuan berkurang</p> <p>SLKI : Tingkat Pengetahuan L.12111</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prilaku sesuai anjuran meningkat 1/2/3/4/5 2. Persepsi yang keliru menurun 1/2/3/4/5 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Edukasi kesehatan I.12383</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi 	<p>Rasional</p> <p>SIKI : Edukasi kesehatan I.12383</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang

		<p>3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi teratasi 1/2/3/4/5</p> <p>4. Persepsi yang keliru menurun 1/2/3/4/5</p> <p>5. Kecemasan yang berlebihan menurun 1/2/3/4/5</p> <p>6. Kemampuan menggambarkan meningkat 1/2/3/4/5</p> <p>7. Verbalisasi minat dan belajar meningkat 1/2/3/4/5</p>	<p>perilaku hidup sehat dan bersih</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan kesempatan untuk bertanya 2. Sediakan materi dan media pendidikan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek obat-obatan antineoplasma 2. Ajarkan pasien dan keluarga efek terapi 3. Ajarkan pasien dan keluarga cara mencegah infeksi 4. Anjurkan menghindari produk aspirin 	<p>dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat dan bersih</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan kesempatan untuk bertanya 2. Untuk memberikan materi dan media pendidikan 3. Untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menjelaskan efek obat-obatan antineoplasma 2. Untuk Mengajarkan pasien dan keluarga efek terapi 3. Untuk mengajarkan pasien dan keluarga cara mencegah infeksi
--	--	--	---	---

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Oleh karena itu, jika intervensi keperawatan yang telah dibuat dalam perencanaan dilaksanakan atau diaplikasikan pada pasien, maka tindakan tersebut disebut implementasi keperawatan. Setiadi dalam (Februanti, 2019).

Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan dari implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Setiadi, 2019).

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*Subjektif, objektif, assement, Perencanaan*).

Teknik pelaksanaan SOAP :

1. S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan
2. O (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan
3. A (*Assement*) adalah membandingkan antar informasi *subjektif* dan *objektif* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
4. P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa

2.4. Konsep Teknik Relaksasi

2.4.1. Pengertian Teknik Relaksasi Pernafasan

Teknik relaksasi merupakan teknik pereda nyeri dan ansietas yang banyak memberikan masukan terbesar karena teknik relaksasi dalam persalinan dapat mencegah kesalahan yang berlebihan pasca-persalinan. Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi yang lambat dan berirama (Andarmoyo, 2013).

Latihan napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).

a. Tujuan Teknik Relaksasi Pernafasan

Terdapat beberapa tujuan dari teknik napas dalam menurut Lusianah, Indaryani and Suratun (2012), yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis.

b. Prosedur teknik Relaksasi Pernafasan

Bentuk pernafasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan diafragma yang mengacu pada pendataran bentuk diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi. Adapun langkah- langkah teknik relaksasi pernafasan adalah sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bagian bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
- i. Pada saat kontraksi pusatkan pada daerah yang nyeri
- j. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selang istirahat singkat setiap 5

kali

- l. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat
- m. Mencuci tangan
- n. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan memantau respon klien (Indaryani and Suratun ,2012).

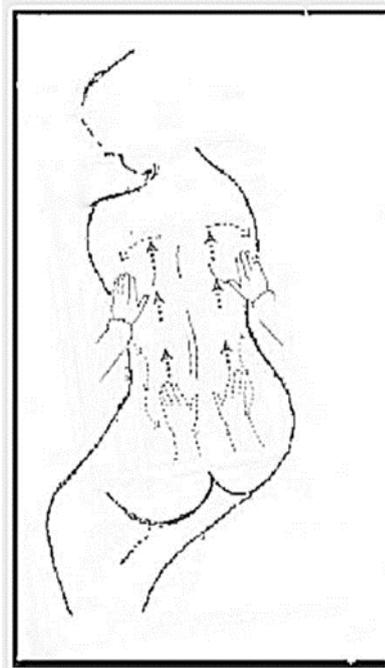
2.4.2. Pengertian massage

Massage berasal dari kata Arab “mash” yang berarti menekan dengan lembut atau kata Yunani “massien” yang berarti “memijat atau melulut” (Purnama & Graha, 2019).

Massage adalah suatu istilah yang digunakan untuk menunjukkan manipulasi tertentu dari jaringan lunak tubuh. Manipulasi tersebut sebagian besar efektif dibentuk dengan tangan diatur guna tujuan untuk mempengaruhi saraf, otot, sistem pernapasan, peredaran darah dan limphe yang bersifat setempat dan menyeluruh (Alimah, 2012).

a. Teknik *Massage Effleurage*

Massage Effleurage adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mempercepat proses pemulihan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. *Effleurage* merupakan manipulasi gosokan yang halus dengan tekanan relatif ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau permukaan kedua belah tangan, sentuhan yang lembut



(sumber:Nony suci, 2017)

b. Efek *Massage Effleurage*

Menurut Wijanarko dan Riyadi (2015), ada beberapa efek

massage yaitu:

1) Efek terhadap peredaran darah dan lymphe

Massage effleurage menimbulkan efek memperlancar peredaran darah. Manipulasi yang dikerjakan dengan gerakan atau menuju kearah jantung, secara mekanis akan membantu mendorong pengaliran darah dalam pembuluh vena menuju ke jantung. *Massage* juga membantu

pengaliran cairan limphe menjadi lebih cepat, ini berarti membantu penyerapan sisa-sisa pembakaran yang tidak digunakan lagi.

1) Efek terhadap otot

Massage effleurage memberikan efek memperlancar proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang berada di dalam jaringan otot yang dapat menimbulkan kelelahan. Dengan manipulasi yang memberikan penekanan kepada jaringan otot maka darah yang ada di dalam jaringan otot, yang mengandung zat-zat sisa pembakaran yang tidak diperlukan lagi terlepas keluar dari jaringan otot dan masuk kedalam pembuluh vena. Selain itu massage juga memberi efek bagi otot yang mengalami ketegangan atau pemendekan karena massage pada otot berfungsi mendorong keluarnya sisa-sisa metabolisme, merangsang saraf secara halus dan lembut agar mengurangi atau melemahkan rangsang yang berlebihan pada saraf yang dapat menimbulkan ketegangan.

2) Efek *massage* terhadap kulit

Massage effleurage memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, dengan demikian memperbaiki penyerapan.

3) Efek *massage* terhadap saraf

Sistem saraf perifer adalah bagian dari sistem saraf yang di dalam sarafnya terdiri dari sel-sel saraf motorik yang terletak di luar otak dan susmsum tulang belakang. Sel-sel sistem saraf sensorik

mengirimkan informasi ke sistem saraf pusat dari organ- organ internal atau dari rangsangan eksternal. Sel sistem saraf motorik tersebut membawa informasi dari sistem saraf pusat (SSP) ke organ, otot, dan kelenjar. Sistem saraf perifer dibagi menjadi dua cabang yaitu sistem saraf somatik dan sistem saraf otonom. Sistem saraf somatic terutama merupakan sistem saraf motorik, yang semua sistem saraf ke otot, sedangkan sistem saraf otonom adalah sistem saraf yang mewakili persarafan motorik dari otot polos, otot jantung dan sel-sel kelenjar. Sistem otonom ini terdiri dari dua komponen fisiologis dan anatomis yang berbeda, yang saling bertentangan yaitu sistem saraf simpatik dan parasimpatik, dapat melancarkan sistem saraf dan meningkatkan kinerja saraf sehingga tubuh dapat lebih baik.

4) Efek *massage* terhadap respon nyeri

Prosedur tindakan *massage* dengan teknik *effleurage* efektif dilakukan 10 menit untuk mengurangi nyeri. Stimulasi *massage effleurage* dapat merangsang tubuh melepaskan senyawa endorfin yang merupakan pereda sakit alami dan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sinap sehingga transmisi impuls nyeri ke medulla spinalis dan otak di hambat. Selain itu teori gate control mengatakan bahwa *massage effleurage* mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A – beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut dan delta A berdiameter kecil (Fatmawati, 2017).

Sejauh ini *massage effleurage* telah banyak digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan. *Massage effleurage* dapat mengurangi nyeri selama 10-15 menit. *Massage effleurage* membantu ibu merasa lebih segar, rileks, dan nyaman selama persalinan, lebih bebas dari rasa sakit, seperti penelitian Fatmawati (2017), dengan judul efektifitas *massage effleurage* terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan pada ibu primipara, dalam penelitian ini di dapatkan hasil bahwa nyeri persalinan sebelum *massage effleurage* nyeri sedang sedangkan setelah *massage effleurage* menjadi nyeri ringan, hal ini berarti *massage effleurage* efektif terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan kala I pada ibu bersalin primipara.

c. Standar oprasional prosedur (SOP) Massage Effleurage

Adapun SOP teknik *massage effleurage*, sebagai berikut :

1. Beri tahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai
2. Cek alat-alat yang akan di gunakan
3. Dekatkan alat ke sisi tempat tidur klien
4. Posisikan pasien dengan posisi senyaman mungkin
5. Cuci tangan
6. Periksa keadaan kulit dan tekanan darah sebelum dilakukan *massage effleurage*
7. Posisikan pasien dengan posisi pronasi
8. Tuangkan minyak zaitun ketelapak tangan, kemudian gosok telapak tangan hingga hangat dan merata pada permukaan tangan

9. Letakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang klien. Mulai massage gerakan effleurage yaitu massage dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan.
10. Gerakan pertama, Gosok dengan menggunakan ujung-ujung ketiga jari tengah kanan dan kiri. Start dari sudut antara os illium dan vertebra lumbalis. Gosokan dilakukan dikiri dan kanan columna vertebralis menuju keatas. Sampai diruas dada ke-1 (Vertebra thoracalis) kedua tangan belok kesamping kiri dan kanan, ujung jari menggosok keras pada lekukan diatas balung tulang belikat (Fossa supraspinata) sehingga didekat ujung bahu (aeromium). Kemudian gosok menggunakan seluruh permukaan telapak tangan menuju kebawah lewat samping ketiak. Seterusnya gosokan menuju kesamping bawah dan diakhiri dengan satu angkatan lunak pada perut dan kemudian kembali keposisi semula. Lakukan massage 2-3 menit
11. Gerakan kedua, gosokan menggunakan punggung ruas kedua jari tangan kanan dan kiri. Start sama seperti gerakan effleurage pertama bergerak keatas lewat kiri dan kanan columna vertebralis, kemudian kembali kebawah dengan jari-jari mengembang dan membuat gosokan yang cukup keras kebawah menuju keposisi semula.

Lakukan massage 2-3 menit



12. Gerakan ketiga, gosokan dilakukan dengan satu tangan, tangan yang lain membantu memperkuat tekanan dan memperlancar gerakan. Arah gerakan terbentuk empat persegi panjang yang meliputi daerah pinggang dan punggung. Lakukan massage 2-3 menit
13. Bersihkan sisa minyak pada punggung dan kaki klien dengan handuk
14. Beritahu bahwa tindakan telah selesai
15. Biar agar klien istirahat selama 5 menit
16. Bereskan alat-alat yang telah digunakan
17. Cuci tangan
21. Mengukur tekanan darah klien sebelum melakukan massage teknik effleurage dan catat dalam lembar observasi 2-3 menit.

BAB III
TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU INTRANATAL DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG INAP TERATAI DI RSUD CURUP
KABUPATEN REJANG LEBONG TAHUN 2022

3.1 Pengkajian

Tempat praktek : Ruangan Teratai
No.Reg : 230639
Tanggal Pengkajian : 19 Mei 2022 Pukul : 20:00 WIB
Tanggal Masuk : 19 Mei 2022 Pukul : 17:00 WIB

3.1.1. Data subyektif

1. Identitas Klien

Nama : Ny.Y
Umur : 18 Tahun
Pendidikan : SLTP/sederajat
Suku Bangsa : Rejang
Pekerjaan : IRT
Agama : Islam
Alamat : Cugung lalang,ujan mas
Status Perkawinan : Kawin
Ruang Rawat : Rawat inap Teratai

2. Penanggung Jawab

Nama Suami : Tn. R

Alamat : Cuguk lalang,ujan mas
Umur : 22 Tahun
Pekerjaan : Petani

3.1.2. Riwayat Keperawatan

1. Data Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Klien datang keruang inap Teratai pada tanggal 19 mei 2022 pukul 17:00 WIB dengan keluhan air merembes sejak pukul 12:00 WIB saat akan membuang air kecil kekamar mandi, klien mengatakan air merembes secara tiba-tiba berwarna keruh, klien mengatakan nyeri pada abdomen sampai kedaerah punggung, klien mengatakan merasa lemas dan lelah.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat alergi makanan, riwayat kecelakaan , riwayat dirawat di rumah sakit ataupun riwayat operasi. klien mengatakan biasanya hanya sakit ringan seperti batuk,pilek, dan demam.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan perut terasa nyeri, keluar lendir campur darah dari kemaluan, klien merasa lemas dan takut untuk menggerakkan tubuhnya

P : nyeri pembukaan

Q : nyeri seperti ditusuk dan diremas

R : nyeri diperut sampai punggung

S : skala nyeri sedang yaitu 6

T : 30 menit/sekali

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan sebelumnya tidak ada dalam keluarganya terjadi ketuban pecah dini, tidak ada mengidap penyakit Aids/HIV, hepatitis, tuberkolosis ataupun penyakit menular lainnya yang dapat berisiko menurun pada bayinya.

e. Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan bahwa usia perkawinannya baru 1 tahun karena baru saja menikah pada tahun 2021.

Data Umum Maternitas :

1. Menarche : Ny.Y mengatakan mengalami menarche pertama kali pada umur 14 tahun.

2. Siklus : Siklus haid Ny.Y 28 hari

3. Lama : Ny.Y mengatakan lamanya haid ± 5 hari

4. Banyaknya : Ny.Y mengatakan banyaknya haid normal

5. Teratur/tidak :Ny.Y mengatakan haidnya teratur

6. Disminore :Ny.Y mengatakan tidak mengalami nyeri pada saat haid

a. Kehamilan sekarang : direncanakan

- b. Status Obstetrikus : G1P0A0
- c. HPHT : 01 Agustus 2021
- d. Taksiran Persalinan : 20 Mei 2022
- e. Mengikuti kelas prenatal : Tidak
- f. Rencana KB : Belum ada
- g. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Klien mengatakan bahwa ini kehamilan, persalinan dan nifas pertamanya.

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Ny. Y masuk keruang teratai pukul 17:00 WIB, dengan keadaan keluar air merembes hingga 5 jam yang lalu yaitu sejak pukul 12:00 WIB dengan pembukaan 2-3 cm. Ny. Y mengeluh merasakan nyeri saat pembukaan dengan durasi 10 menit sekali dengan skala sedang yaitu 6. Diruang VK Ny. Y diberikan induksi persalinan pitosin 1 amp drip pada cairan infus RL dengan pemberian pertama 4 tetes/menit , kemudian pemberian kedua 8 tetes/menit hingga sampai pemberian akhir keesokkan harinya yaitu 20 tetes/menit.

Pada tanggal 20 mei 2022 pukul 18:00 WIB pembukaan klien masuk 9-10 cm atau pembukaan lengkap sehingga Ny. Y dipimpin untuk melakukan persalinan normal, pada pukul 18:45 WIB lahir neonatus hidup dengan jenis kelamin perempuan dengan

BB 2630 gr, PB 47 cm, LK 32 cm, LD 32 cm. dengan keadaan bayi kebiruan, tidak menangis, terjadi sumbatan jalan nafas sehingga dilakukan suction, APGAR SCORE menit pertama 6 dan menit kelima 7, bayi dibawa keruang mawar.

Pada pukul 18:53 WIB plasenta lahir dengan keadaan lengkap, selaput tidak ada robekan, berat plasenta 450 gr, panjang tali pusat 50 cm, dan tidak ada pendarahan berlebihan pada Ny. Y. terdapat 4 jahitan pada vagina klien karena dilakukan episiotomy saat persalinan.

Post persalinan keadaan pasien composmentis, lemah, dengan TFU sepusat dengan pengeluaran pervaginam 30 cc berwarna kemerahan kehitaman, kontraksi uterus keras. Pada 2 jam kemudian dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan pada bagian luka atau bekas jahitan dengan skala nyeri sedang yaitu 6, nyeri berdenyut, nyeri hilang timbul, Ny. Y mengatakan bahwa badannya terasa lemas dan sedikit mengantuk.

3) Riwayat KB

Klien mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi berupa KB

4) Kehidupan sosial budaya

Klien dan suami mengatakan bahwa klien tidak pernah menjalankan aktivitas atau kegiatan yang dapat merugikan ibu dan tidak pernah pijat ke dukun beranak.

5) Data psikologi

Klien mengatakan bahwa ia ingin anaknya selamat dan cepat dilahirkan, ia juga berharap bahwa dirinya baik-baik saja dan dapat melahirkan dengan lancar.

6) Data Pengetahuan

Klien mengatakan tidak tahu apa penyebab ketuban pecah dini dan ia belum cukup mengerti tentang perawatan setelah melahirkan nanti.

7) Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Tabel 3.1 Pemenuhan kebutuhan nutrisi

No	Pemenuhan Kebutuhan	Sebelum di rawat	Persalinan	Post persalinan
1.	Nutrisi 1. MAKAN a. Frekuensi b. Banyaknya c. Jenis : 2. MINUM a. Frekuensi b. Jenis	5 x/hari 1 porsi nasi + lauk pauk 9 x/hari air putih	Tidak berselera hanya diberikan makanan ringan dan buah 10 x/hari air putih dan teh hangat	3 x/hari 1 porsi nasi + lauk pauk 8 x/hari air putih
2.	Eliminasi 1. BAK a. frekuensi b. warna c. keluhan 2. BAB a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan	5 x/hari kuning jernih tidak ada 1 x/hari kuning kecoklatan tidak keluhan	Urine dikosongkan menggunakan cateter sebanyak 1 kali Bab keluar saat bersamaan mengedan persalinan	6 x/hari kuning jernih tidak ada 1 x/hari kuning kecoklatan tidak keluhan
3.	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lamatidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur	2-3 jam 6-7 jam tidak ada	Tidak bisa tidur karena nyeri 3-4 jam tidak ada	2-3 jam 6-7 jam tidak ada

4.	Personal Hygiene 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral Hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci Rambut a. Frekuensi b. Waktu	2x/hari Pagi dan sore 3 x/hari Pagi, sore dan malam 1x/hari sore	Di lap dengan kain basah Pagi Digosok dengan kain basah Pagi Tidak ada	2x/hari Pagi dan sore 3 x/hari Pagi, sore dan malam 1x/hari sore
5.	Aktivitas Jenis pekerjaan Lama bekerja Kegiatan waktu luang Gangguan tidur Penggunaan obat tidur	Ibu rumah tangga 2-3 jam Tidak ada Tidak ada	Klien dianjurkan untuk tirah baring	Ibu rumah tangga 2-3 jam Tidak ada Tidak ada
6.	Kebiasaan lain Minuman keras Penggunaan obat Psikotropika/ narkotik	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada

3.1.1 Pemeriksaan Fisik

3.2 Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan	Persalinan	Post persalinan
Tekanan Darah	-	90/70mmHg
Pernapasan	22x/menit	19x/menit
Nadi	89x/menit	80x/menit
Suhu	36,2 °C	36,4 °C
Urine	Dikosongkan menggunakan cateter 1 kali	1000cc
Involusi Uterus	-	2 jari dibawah panggul
Kontraksi Uterus	Keras	keras
Bising Usus	-	26x/menit

3.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Intranatal	24 Jam Post Natal Persalinan
Mata	Bentuk : simetris Sklera : anikterik Konjungtiva : anemis Pupil : isokor Kelainan : tidak ada	Bentuk : simetris Sklera : anikterik Konjungtiva : anemis Pupil : isokor Kelainan : tidak ada
Hidung	Bentuk : simetris Kebersihan : bersih Polip : tidak ada Nafas tambahan : tidak ada	Bentuk : simetris Kebersihan : bersih Polip : tidak ada Nafas tambahan : tidak ada
Mulut	Gigi : gigi lengkap, tidak terdapat caries / karang gigi Mukosa bibir : lembab Sianosis : tidak ada sianosis Lidah : sedikit kotor	Gigi : gigi lengkap, tidak terdapat caries / karang gigi Mukosa bibir : lembab Sianosis : tidak ada sianosis Lidah : sedikit kotor
Leher	Jvp : tidak ada peningkatan vena jugularis Kgb : tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : tidak ada pembesaran thyroid	Jvp : tidak ada peningkatan vena jugularis Kgb : tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : tidak ada pembesaran thyroid
Paru-paru	Inspeksi : simetris, tidak ada pembekakan Palpasi : tidak ada kelainan Perkusi : sonor Auskultasi : irama teratur tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuer	Inspeksi : simetris, tidak ada pembekakan Palpasi : tidak ada kelainan Perkusi : sonor Auskultasi : irama teratur tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuer
Cardiovaskuler	Inspeksi : simetris antara kiri dan kanan dan tidak bekas luka Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan iktus cordis teraba ICS 5 sebelah kiri Perkusi : normal Auskultasi : tidak ada bunyi tambahan, bunyi jantung normal dan bunyi irama teratur	Inspeksi : simetris antara kiri dan kanan dan tidak bekas luka Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan iktus cordis teraba ICS 5 sebelah kiri Perkusi : normal Auskultasi : tidak ada bunyi tambahan, bunyi jantung normal dan bunyi irama teratur
Payudara	Bentuk : simetris Aeorola : berwarna gelap (Hyperpigmentasi) Puting susu : menonjol Pengeluaran asi : ada pengeluaran asi (sedikit) Benjolan/abnormal : tidak ada	Bentuk : simetris Aeorola : berwarna gelap (Hyperpigmentasi) Puting susu : menonjol Pengeluaran asi : ada pengeluaran asi (sedikit) Benjolan/abnormal : adanya pembesaran dikarenakan penuh (kencang) Keluhan : klien mengatakan payudara terasa panas, keras, mengkilap, dan nyeri

Abdomen	<p>Inspeksi : terdapat striae gravidarum, tidak ada bekas operasi</p> <p>Palpasi :</p> <p>Leopold 1 : TFU sesuai dengan usia kehamilan teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting (TFU 32 cm)</p> <p>Leopold 2 : Bagian kanan perut ibu teraba tahanan memanjang dari atas kebawah / teraba bagian kecil janin</p> <p>Leopold 3 : Teraba bagian bulat, keras, melenting, kepala sudah masuk PAP</p> <p>Leopold 4 : konvergen (3/5)</p> <p>Perkusi : timpani</p> <p>Auskultasi : bising usus normal</p> <p>DJJ : 147 x/menit</p> <p>Irama : teratur</p> <p>Intensitas : kuat</p>	<p>Inspeksi : terdapat striae gravidarum, tidak ada bekas operasi</p> <p>Palpasi : setelah plasenta lahir sampai 12 jam pertama TFU 1-2 jari diatas pusat dan 24 jam pertama TFU setinggi pusat</p> <p>Perkusi : timpani</p> <p>Auskultasi : bising usus normal 26 x/menit</p> <p>Irama : teratur</p> <p>Intensitas : kuat</p>
Genetalia	<p>Vulva / vagina: membuka</p> <p>Varises : tidak ada</p> <p>pengeluran : cairan ketuban bercampur darah</p> <p>Kebersihan : kotor</p> <p>Jumlah : ± 650 ml</p>	<p>Vulva / vagina : tertutup dengan 4 jahitan</p> <p>Varises : tidak ada</p> <p>Pengeluran : darah berwarna merah kehitaman</p> <p>Kebersihan : bersih</p> <p>Lochea : ada</p> <p>Jumlah : 30 cc</p>
Ektremitas	<p>Atas</p> <p>Keadaan : Bersih</p> <p>Oedema : tidak ada</p> <p>Kuku : merah muda</p> <p>Kelainan : tidak ada</p> <p>Bawah</p> <p>Keadaan : Bersih</p> <p>Oedema : terdapat oedema pada kaki kiri</p> <p>Kuku : merah muda</p> <p>Kelainan : tidak ada</p>	<p>Atas</p> <p>Keadaan : Bersih</p> <p>Oedema : tidak ada</p> <p>Kuku : merah muda</p> <p>Kelainan : tidak ada</p> <p>Bawah</p> <p>Keadaan : Bersih</p> <p>Oedema : terdapat oedema pada kaki kiri</p> <p>Kuku : merah muda</p> <p>Kelainan : tidak ada</p>

Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.4 pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 20-21 Mei 2022

No	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Satuan	Nilai Rujukan
1.	Hemoglobin	11,8	g/dl	W : 11,7-15,5 L : 13,2-17,3
2.	Lekosit	14800	UI	W : 3.600-11.000 L : 4,4-5,9
3.	Eritrosit	3,59	Juta/ul	W : 3,8-5,2 L : 4,4 -5,9
4.	Trombosit	391.000	UI	150.000-440.000
5.	Hematokrit	31	%	W : 35-47 L : 40-52
6.	MCV	87	Fl	80-100
7.	MCH	33	Pq	26-34
8.	CHC	38	g/dl	32-36
9.	Glukosa waktu	86	Mg/dl	74-106

2) Penatalaksanaan/obat-obatan

Tabel 3.5 penatalaksanaan ketuban pecah dini (KPD)

Tanggal : 21 Mei 2022

No	Obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1	IVFD RL + Induxin pitosin 1 amp/drip	Cairan infus ringer laktat kerap digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu. Fungsi obat Induxin adalah untuk merangsang kontraksi rahim.	Iv line	500 cc 1 amp 8ggg/ menit
2	Amoxilin	Termasuk antibiotik dalam golongan penisilin, yaitu obat yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri.	oral	200mg 3x1
3	As. Mef	Manfaat asam mefenamat adalah meredakan nyeri. Sebab, obat ini bekerja dengan cara menghambat enzim yang memproduksi senyawa penyebab rasa sakit dan peradangan yang disebut prostaglandin	oral	500mg 3x1

3.2.1 Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data ketuban pecah dini

- *Pre natal*

NO	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengatakan abdomen terasa nyeri - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan nyeri sampai kepunggung P : nyeri pembukaan Q : nyeri seperti ditusuk dan diremas R : nyeri diperut sampai punggung S : skala nyeri sedang yaitu 6 T : 30 menit/sekali DO : - Klien tampak meringis - Gelisah - TTV : TD 110/70 mmhg, N 82 x/menit, RR 20 x/menit - Sulit tidur	Induksi Persalinan	Nyeri Akut
2.	DS : - Klien mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya - Takut keadaan anaknya karena ketuban pecah dini DO : - Klien hamil pertama G1P0A0 - Tampak klien merasa cemas dengan sering menanyakan keadaan janinnya	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas

3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ada keluar cairan lendir bercampur darah, tidak berbau sejak tanggal 19 mei 2022 - Klien merasa ada rembesan cairan seperti air kencing <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PD : tidak teraba kantong ketuban - Pembukaan 2-3 cm - TTV : TD 110/70 mmhg, N 82 x/menit, RR 20 x/menit 	Ketuban pecah dini	Risiko infeksi
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak tau apa penyebab ketuban pecah dini <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. Y diberikan induksi persalinan pitosin drip pada cairan infus RL - Jarak pembukaan pada Ny. Y cukup lama - Nyeri pada jalan lahir - DJJ : 147 x/menit - TTV : TD 110/70 mmhg, N 82 x/menit, RR 20 x/menit 	Induksi persalinan dan kecemasan yang berlebihan	Risiko cedera pada janin

- *Post natal*

NO	Analisa Data	Etiologi	Masalah
5.	DS : - Klien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan pada bagian jahitan perineum P : Nyeri pada jahitan Q : Nyeri berdenyut R : Nyeri dibekas jahitan/vagina S : Skala nyeri sedang yaitu 5 T : Hilang timbul DO : - Klien tampak meringis - Gelisah - TTV : TD 90/70 mmhg, N 80 x/menit, RR 19 x/menit - Sulit tidur	Agen pecendra fisik	Nyeri Akut
6.	DS : - klien mengatakan payudara terasa panas, keras, mengkilap, dan nyeri - Klien mengatakan bayinya yang dirumah sakit diberikan susu oleh bibinya DO : - Ada pengeluaran asi (sedikit) - Ada pembesaran dikarenakan penuh (Kencang) - Bayi Ny. Y terkena asfiksia - Bayi dirawat diruang rawat inap mawar karena perawatan intensif incubator	Hambatan pada neonatus	Menyusui tidak efektif

3.1. Diagnosa keperawatan

Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan *ketuban pecah dini*

- *Pre natal*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik	19 April 2022	21 April 2022
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	19 April 2022	20 April 2022
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini	19 April 2022	21 April 2022
4.	Risiko cedera pada janin berhubungan dengan Induksi persalinan dan kecemasan yang berlebihan	19 April 2022	20 April 2022

- *Post natal*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
5.	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik	20 April 2022	21 April 2022
6.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Hambatan pada neonatus	20 April 2022	21 April 2022

3.3 Rencana Keperawatan

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Ny.Y

Ruangan : Teratai

Umur : 18 tahun

No.RM : 230639

3. 8 Tabel Rencana keperawatan ketuban pecah dini

- *pre natal*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencandra fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. mampu menontrol nyeri 2. melaporkan nyeri berkurang 3. skala nyeri menurun	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 13. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi pernafasan)

			<p>14. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>15. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>16. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>12. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>13. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>14. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>15. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi pernafasan)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam ansietas berkurang dengan kriteria hasil : 1. cemas menurun 2.gelisah menurun	<p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.</p> <p>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan</p> <p>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya.</p> <p>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi autogenik</p> <p>3. Gunakan pakaian longgar</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgeti atau tindakan medis lainnya, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (teknik relaksasi autogenik) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih <p>Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (teknik relaksasi pernafasan)</p>
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam risiko infeksi berkurang dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. resiko terjadi infeksi menurun 2. kebersihan badan meningkat 3. nyeri menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi indikasi dilakukan induksi persalinan 2. Identifikasi riwayat obstetri (mis. Usia kehamilan dan lamanya persalinan sebelumnya dan kontraindikasi seperti riwayat SC, dan kelainan struktur pelvis) 3. Monitor kontraksi uterus (mis. Frekuensi, durasi dan kekuatan dalam 10 menit) 4. Monitor kondisi ibu dan janin sebelum induksi (mis. Tanda vital, DJJ dan gerakan janin) 5. Monitor perubahan kontraksi uterus setiap 15 menit 6. Monitor kemajuan persalinan secara ketat 7. Monitor dengan partograf jika telah memasuki fase aktif 8. Monitor tanda-tanda insufisiensi uteroplasenta (mis. Deselerasi lambat) selama proses induksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan kenyamanan selama proses induksi

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kolaborasi pemberian obat IV(mis. oksitosin) untuk merangsang aktivitas rahim 4. Kolaborasi pemberian agen mekanis atau farmakologis (mis. Laminaria, balon kateter, tablet cytotec, dan gel prostaglandin) <p>Kolaborasi tindakan amniotomi, jika ada tanda inpartu (mis. Dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka)</p>
4.	Risiko cedera pada janin berhubungan dengan Induksi persalinan dan kecemasan yang berlebihan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam risiko cedera pada janin berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DJJ normal 2. kecemasan yang berlebihan menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status obstetric 2. Identifikasi riwayat obstetric 3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 5. Periksa DJJ selama 1 menit 6. Monitor tanda vital ibu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Atur posisi pasien 5. Lakukan maneuver leopard untuk menentukan letak janin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 5. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

- Post natal

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
5.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendra fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. mampu menontrol nyeri 2. melaporkan nyeri berkurang 3. skala nyeri menurun	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi pernafasan) 18. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 19. Fasilitas istirahat dan tidur 20. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 17. Jelaskan strategi meredakan nyeri 18. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 19. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 20. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi pernafasan)

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
6.	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Hambatan pada neonatus</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam menyusui kurang efektif berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cemas menurun 2. gelisah menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan dan kesiapan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2. Libatkan sistem pendukung seperti suami dan keluarga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Jelaskan perawatan payudara post partum

3.4 Implementasi Keperawatan

Nama : Ny.Y

Umur : 18 tahun

Ruangan : Teratai

No.RM : 230639

3.9 Tabel Implementasi keperawatan ketuban pecah dini

- pre natal

IMPLEMENTASI KE- I

No. DP	Tanggal	Jam/waktu	Implementasi	Respon Hasil	paraf
1	19 Mei 2022	14:30 15:00 15:55 10:05 13:30	1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri 2. Mengukur TTV klien 3. Menganjurkan klien untuk beristirahat dan tidur 4. Mengajarkan klien untuk Tarik nafas dalam untuk meredakan nyeri 5. Mengajarkan klien untuk teknik massage effleurage	1. Nyeri yang dirasakan terdapat pada bagian abdomen, nyeri hilang timbul, skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk dan diremas,nyeri terasa saat bergerak 2. TD : 110/80 mmhg N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit T : 36,4 c 3. Lingkungan rumah sakit yang membuatnya kurang nyaman untuk tidur 4. Klien mengatakan sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang 5. Saat mengajarkan teknik massage klien susah untuk diarahkan karena meringis nyeri	Anes

		17:15	6. Memonitor keberhasilan terapi Tarik nafas dalam dan massage effleurage	6. Klien mengatakn menerapkan terapi yang diberikan jka nyeri timbul	
2	19 Mei 2022	17:00	1. Memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu pada klien	1. TD : 110/80 mmhg N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit T : 36,4 c	Anes
		13:00	2. Membantu klien untuk selau rileks agar klien tidak tegang maupun cemas	2. Klien mengatakn takut dengan keadaan bayinya dan tidak bisa tenang	
		15:55	3. Menyarankan untuk keluarga lain untuk keluar/ membatasi pengunjung	3. Klien tampak sedikit tenang dan nyaman	
		17:35	4. Menganjurkan klien untuk mengambil posisi nyaman	4. Klien tampak sedikit tenang dan nyaman	
3	19 Mei 2022	17:58	1. Memberikan obat IV RL 500 cc untuk merangsang aktivitas rahim	1. Klien setuju untuk diberikan obatt IV RL line	Anes
		17:55	2. Mengobservasi lochea klien	2. Tidak terdapat lochea	
		17:20	3. Memonitor kontraksi uterus	3. Timbul 3 kali dalam 10 menit dengan frekuensi 45 detik	

		17:40	4. Memonitor kemajuan persalinan secara ketat	4. Hasil pemeriksaan pembukaan masuk 4-5	
4	19 Mei 2022	11:50	1. Mengidentifikasi riwayat obstetric	1. Klien mengatakan usia kehamilannya sudah 37 minggu, ini kehamilan dan persalianan pertamanya	Anes
		11:50	2. Mengidentifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya	2. Klien mengatakan ini adalah kehamilan petamanya	
		14:00	3. Memeriksa DJJ	3. DJJ Ny. Y : 147 x/ menit	
		18:00	4. Memonitor tanda vital ibu	4. TD : 100/80 mmhg N : 80 x/menit, RR : 19 x/menit T : 36,4 c	
		13:50	5. mengatur posisi pasien dan menganjurkan klien untuk miring kiri	5. Klien mengikuti instruksi untuk miring kiri	

IMPLEMENTASI KE- II

No. DP	Tanggal	Jam/waktu	Implementasi	Respon Hasil	paraf
1	20 Mei 2022	14:30	1. Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan	1. Nyeri yang dirasakan sama terdapat pada bagian abdomen, nyeri hilang timbul, skala nyeri 7, nyeri seperti ditusuk dan diremas, nyeri terasa saat bergerak	Anes
		15:00	2. Mengukur TTV klien	2. TD : 120/70 mmhg N : 84 x/menit, RR : 20 x/menit T : 36,5 c	
		15:55	3. Mengajarkan klien untuk beristirahat dan tidur	3. Lingkungan rumah sakit yang membuatnya kurang nyaman untuk tidur	
		10:05	4. Mengajarkan klien untuk Tarik nafas dalam untuk meredakan nyeri	4. Klien mengatakan sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang	
		13:30	5. Mengajarkan klien untuk teknik massage effleurage	5. Klien mengatakan sangat nyaman saat dipijat dan dapat mengurangi rasa nyeri yang ia rasakan	
		17:15	6. Memonitor keberhasilan terapi Tarik nafas dalam dan massage effleurage	6. Klien mengatakan menerapkan terapi yang diberikan jika nyeri timbul, dari skala 8 menjadi 6 begitu seterusnya	

		18:45	7. membantu persalinan klien	7. Proses persalinan klien bejalan Selama 45 menit dengan jarak pembukaan yang cukup lama	
2	20 Mei 2022	17:00	1. Memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu pada klien	1. TD : 110/80 mmhg N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit T : 36,4 c	Anes
		13:00	2. Membantu klien untuk selau rileks agar klien tidak tegang maupun cemas	2. Klien mengatakn takut mengalami kegagalan saat bersalin	
		15:55	3. memberikan support kepada klien agar dapat melewati persalinan	3. Klien tampak sedikit tenang dan nyaman	
		18:45	4. membantu proses persalinan	4. Bayi klien lahir dengan selamat, klien mengatakan tidak merasa cemas lagi maupun takut lagi karena sudah melewati proses persalinan	
3	20 Mei 2022	17:58	1. Memberikan obat IV untuk merangsang aktivitas rahim	1. Diberikan injeksi dan induksi 1 amp drip di infus RL dank lien setuju diberikan obat IV	Anes
		17:55	2. Memonitor kontraksi uterus	2. Timbul 3 kali dalam 10 menit dengan frekuensi 45 detik	

		17:40	3. Memonitor kemajuan persalinan secara ketat	3. Hasil pemeriksaan pembukaan masuk 8-9 cm	
4	20 Mei 2022	11:50	1. Mengidentifikasi riwayat obstetric	1. Klien mengatakan usia kehamilannya sudah 37 minggu, ini kehamilan dan persalianan pertamanya	Anes
		11:50	2. Mengidentifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya	2. Klien mengatakan ini adalah kehamilan petamanya	
		13:00	3. Memeriksa DJJ	3. DJJ Ny. Y : 134 x/ menit	
		18:00	4. Memonitor tanda vital ibu	4. TD : 90/80 mmhg N : 89 x/menit, RR : 19 x/menit T : 36,4 c	
		12:40	5. mengatur posisi pasien dan menganjurkan klien untuk miring kiri	5. Klien mengikuti instruksi untuk miring kiri	
		18:50	6. membantu proses persalinan klien	6. Proses persalinan klien cukup lama, bayi klien sempat lama dipintu jalan lahir, keadaan bayi tidak menangis, badan kebiruan, apgar SCORE bayi 5 menit pertama 6 dan bayi dilakukan suction dan dilariakan keruang mawar.	

IMPLEMETASI HARI KE-III
(DIRUMAH KLIEN)

No. DP	Tanggal	Jam/waktu	Implementasi	Respon Hasil	paraf
1	21 Mei 2022	09:00 10: 25	1. Menanyakan apaka masih ada keluhan nyeri 2. Memonitor tanda-tanda vital	1. Klien mengatakan nyeri sudah tidak terasa lagi 2. TD : 90/70 mmhg RR : 19 x/menit T : 36,4 c N : 76 x/menit	Anes
3.	21 Mei 2022	11:00 10:15 10:25 13:45	1. Memeriksa adanya bekas luka atau tidak saat induksi persalinan 2. Memeriksa bekas jahitan saat persalinan untuk meliha tanda dan gejala infeksi 3. Observasi TTV klien 4. Menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan cairan	1. Setelah diperiksa tidak ada bekas luka namun hanya sedikit nyeri pada bekas induksi yang telah diberikan. 2. Setelah diperiksa bekas jahitan pada klien terlihat bersih, tidak ada keluar darah, tidak ada nanah dan tampak masih lengkap dan rapat 3. TD : 100/70 mmhg N : 80 x/menit, RR : 19 x/menit T : 36,4 c 4. Klien langsung semangat menanyakan jenis cairan apa yang harus ia tingkatkan	Anes

4	21 Mei 2022	13:30	1. Mengidentifikasi riwayat obstetric	1. Klien mengatakan usia kehamilannya sudah 37 minggu, ini kehamilan dan persalianan pertamanya	Anes
		14:00	2. Mengidentifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya	2. Klien mengatakan ini adalah kehamilan petamanya	
		10:25	3. Memonitor tanda vital ibu	3 . TD : 110/70mmhg N : 80 x/menit, RR : 19 x/menit T : 36,4 c	

- *Post natal*

IMPLEMENTASI KE-I

No. DP	Tanggal	Jam/waktu	Implementasi	Respon Hasil	paraf
4	21 Mei 2022	09:00	1. Menanyakan apakah masih ada keluhan nyeri	1. Nyeri terdapat pada bagian pinggang dan jahitan jalan lahir dengan skala ringan yaitu 6, nyeri seperti dililit	Anes
		10: 25	2. Memonitor tanda-tanda vital	2. TD : 110/70 mmhg RR : 19 x/menit T : 36,4 c N : 80 x/menit	
		09: 20	3. Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi pernafasan nafas dalam	3. Klien mengerti dan klien mengikuti intruksi yang diberikan	
		09:50	4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	4. Klien mendengarkan dan memperhatikan perawat menjelaskan dan klien mempraktekkan	
		10:50	5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	5. Klien bisa menjelaskan kembali strategi meredakan nyeri dan menerapkannya secara langsung	
		10:55	6. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur	6. Klien mengatakan sudah tidur karena nyeri	
5	21 Mei 2022	13:00	1. Identifikasi tujuan dan kesiapan menyusui	1. Klien mengerti dan siap menerima informasi menyusui efektif	Anes

		13:05	2. Dukungan ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	2. Ibu dan bibi klien memberi dukungan tentang menyusui tidak efektif	
		13:10	3. Libatkan sistem pendukung seperti suami dan keluarga	3. Suami klien membantu perawat untuk mengajarkan menyusui efektif	
		13:15	4. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	4. Klien mengerti manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	
		13:25	5. Jelaskan perawatan payudara post partum	5. Klien mendengar dan mengikuti cara perawatan payudara	

IMPLEMENTASI KE-II

No. DP	Tanggal	Jam/waktu	Implementasi	Respon Hasil	paraf
4	22 Mei 2022	09:00	1. Menanyakan apakah masih ada keluhan nyeri	1. Klien mengatakan tidak merasakan nyeri lagi	Anes
		10: 25	2. Memonitor tanda-tanda vital	2. TD : 90/70 mmhg RR : 19 x/menit T : 36,4 c N : 76 x/menit	
		09: 20	3. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur	3. Klien mengatakan waktu tidur sudah normal seperti biasanya	
6	22 Mei 2022	13:00	1. Dukungan ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	1. Ibu dan bibi klien memberi dukungan tentang menyusui tidak efektif	Anes
		13:05	2. Libatkan sistem pendukung seperti suami dan keluarga	2. Suami klien membantu perawat untuk mengajarkan menyusui efektif	

3.5 Evaluasi

5.10 Evaluasi Keperawatan ketuban pecah dini

- Pre

EVALUASI KE- I

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam/waktu	Evaluasi	paraf																																			
1.	19 mei 2022	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendra fisik	20:00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan masih merasakan nyeri - klien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan diremas <p>O :</p> <p>P : nyeri setelah ketuban pecah dini</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk dan diremas</p> <p>R : nyeri diperut dan bekas jahitan</p> <p>S : skala nyeri sedang yaitu 6</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5 dan 6</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun		✓				2.	Meringis menurun	✓					3.	Gelisah menurun		✓				4.	Tekanan darah membaik			✓			Anes
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																		
1.	Keluhan nyeri, menurun		✓																																					
2.	Meringis menurun	✓																																						
3.	Gelisah menurun		✓																																					
4.	Tekanan darah membaik			✓																																				
2.	19 mei 2022	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran	20:20 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan cemas takut mengalami kegagalan saat persalinan 	Anes																																			

		mengalami kegagalan		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - N : 80 x/menit <p>A : masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pola tidur meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Frekuensi nadi normal</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan 1,2, 3, dan 4</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pola tidur meningkat		✓				2.	Gelisah menurun		✓				3.	Frekuensi nadi normal			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Pola tidur meningkat		✓																														
2.	Gelisah menurun		✓																														
3.	Frekuensi nadi normal			✓																													
3.	19 mei 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini	20:30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih ada keluar cairan lendir bercampur darah dari daerah kemaluannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak pucat - Klien tampak lemah dan lelah - <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Nyeri berkurang</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kebersihan badan meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nafsu makan meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 3 dan 4</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Nyeri berkurang		✓				2.	Kebersihan badan meningkat				✓		3.	Nafsu makan meningkat		✓				Anes
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Nyeri berkurang		✓																														
2.	Kebersihan badan meningkat				✓																												
3.	Nafsu makan meningkat		✓																														

4	19 Mei 2022	Risiko cedera pada janin berhubungan dengan Induksi persalinan dan kecemasan yang berlebihan	20:15 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih ada cairan merembes dari kemaluannya - DJJ : 147 x/menit - TTV : TD 110/70 mmhg, N 82 x/menit, RR 20 x/menit <p>O : Klien tampak lelah dan cemas</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pendarahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Ekspresi wajah kesakitan</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, dan 5</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pendarahan				✓		2.	Ekspresi wajah kesakitan		✓				Anes
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																				
1.	Pendarahan				✓																					
2.	Ekspresi wajah kesakitan		✓																							

EVALUASI KE- II

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam/waktu	Evaluasi	paraf
1.	20 mei 2022	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendra fisik	13:15 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan masih merasakan nyeri - klien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan diremas - klien mengatakan nyeri sedikit berkurang <p>O :</p> <p>P : nyeri setelah ketuban pecah dini</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk dan diremas</p> <p>R : nyeri diperut dan bekas jahitan</p> <p>S : skala nyeri sedang yaitu 8</p> <p>T : hilang timbul</p>	Anes

				<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan 1 dan 2</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun		✓				2.	Meringis menurun		✓				3.	Gelisah menurun		✓				4.	Tekanan darah membaik			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																		
1.	Keluhan nyeri, menurun		✓																																					
2.	Meringis menurun		✓																																					
3.	Gelisah menurun		✓																																					
4.	Tekanan darah membaik			✓																																				
2.	20 mei 2022	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	19:00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak lagi cemas Karena sudah melewati proses persalihan dengan selamat dan lancer - Klien tampak tenang dan senang - N : 88x/menit <p>A : masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pola tidur meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Frekuensi nadi normal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pola tidur meningkat					✓	2.	Gelisah menurun					✓	3.	Frekuensi nadi normal					✓	Anes							
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																		
1.	Pola tidur meningkat					✓																																		
2.	Gelisah menurun					✓																																		
3.	Frekuensi nadi normal					✓																																		
3.	20 mei 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini	19:00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih ada keluar cairan lendir bercampur darah dari daerah kemaluannya <p>O :</p>	Anes																																			

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak pucat - Klien tampak lemah dan lelah - <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Nyeri berkurang</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kebersihan badan meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nafsu makan meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan dirumah klien 1, 2, 3, dan 4</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Nyeri berkurang		✓				2.	Kebersihan badan meningkat				✓		3.	Nafsu makan meningkat			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Nyeri berkurang		✓																														
2.	Kebersihan badan meningkat				✓																												
3.	Nafsu makan meningkat			✓																													
4	20 Mei 2022	Risiko cedera pada janin berhubungan dengan Induksi persalinan dan kecemasan yang berlebihan	20:00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah lega karena sudah melahirkan bayinya dengan selamat <p>O : - Klien tampak lelah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi klien lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan BB 2630 gr, PB 47 cm, LK 32 cm, LD 32 cm - Bayi sudah ditangani intensif diruang mawar <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pendarahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Ekspresi wajah kesakitan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pendarahan					✓	2.	Ekspresi wajah kesakitan					✓	Anes							
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Pendarahan					✓																											
2.	Ekspresi wajah kesakitan					✓																											

EVALUASI KE- III

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam/waktu	Evaluasi	paraf																																			
1.	21 mei 2022	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendra fisik	13:00 WIB	<p>S : - klien mengatakan nyeri berkurang - Klien mengatakan tidak merasakan nyeri pada abdomen</p> <p>O : - klien tampak tenang</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					✓	2.	Meringis menurun					✓	3.	Gelisah menurun					✓	4.	Tekanan darah membaik					✓	Anes
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																		
1.	Keluhan nyeri, menurun					✓																																		
2.	Meringis menurun					✓																																		
3.	Gelisah menurun					✓																																		
4.	Tekanan darah membaik					✓																																		
3.	21 mei 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini	13:25 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada keluar cairan lendir lagi dari kemaluannya - Klien mengatakan tidak ada bekas luka di bekas induksi saat persalinan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah dan lelah - Tidak menemukan tanda reeda pada jahitan perineum - Nafsu makan klien belum meningkat <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5								Anes																					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																		

				1.	Nyeri berkurang					✓
				2.	Kebersihan badan meningkat					✓
				3.	Nafsu makan meningkat					✓
				P : intervensi dihentikan						

- *Post natal*

EVALUASI KE-I

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam/waktu	Evaluasi	Paraf																																			
5.	20 mei 2022	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendra fisik	16 :00 WIB	<p>S :- klien mengatakan merasakan nyeri pada jahitan perineumnya - klien mengatakan nyeri berdenyut</p> <p>O :</p> <p>P : nyeri episiotomi Q : nyeri berdenyut R : nyeri bekas jahitan S : skala nyeri ringan yaitu 5 T : hilang timbul A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2 dan 6</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun				✓		2.	Meringis menurun				✓		3.	Gelisah menurun				✓		4.	Tekanan darah membaik					✓	Anes
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																		
1.	Keluhan nyeri, menurun				✓																																			
2.	Meringis menurun				✓																																			
3.	Gelisah menurun				✓																																			
4.	Tekanan darah membaik					✓																																		
6.	20 mei 2022	Menyusui kurang efektif berhubungan dengan Hambatan pada neonatus	17:00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI belum keluar - Klien mengatakan bayinya diruang mawar diberikan susu oleh bibinya <p>O :- Klien tampak masih bingung</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	Anes																																			

				No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
				1.	Payudara bengkak/penuh		✓			
				2.	Suplai ASI adekuat		✓			
				P : Intervensi dilanjutkan 2 dan 3						

EVALUASI KE-II

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam/waktu	Evaluasi	paraf																																			
5.	21 mei 2022	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendra fisik	14:00 WIB	<p>S :- klien mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O : - klien tampak tenang - Klien tidak meringis</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>Kriteria Hasil</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					✓	2.	Meringis menurun					✓	3.	Gelisah menurun					✓	4.	Tekanan darah membaik					✓	Anes
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																		
1.	Keluhan nyeri, menurun					✓																																		
2.	Meringis menurun					✓																																		
3.	Gelisah menurun					✓																																		
4.	Tekanan darah membaik					✓																																		
6.	21 mei 2022	Menyusui tidak efektif berhubungan	14:15 WIB	<p>S :</p> <p>- Klien klien mengatakan payudara nya tidak terasa panas, keras, mengkilap, dan nyeri lagi</p>	Anes																																			

		dengan Hambatan pada neonatus		<p>- Klien mengatakan sudah memompa ASI dan menitipkan ASI dengan suaminya untuk diberikan ke bayinya</p> <p>O : Klien sudah mengerti cara menyusui efektif</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Payudara bengkak/penuh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Suplai ASI adekuat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Payudara bengkak/penuh					✓	2.	Suplai ASI adekuat				✓		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																				
1.	Payudara bengkak/penuh					✓																				
2.	Suplai ASI adekuat				✓																					

Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama klien : Ny.Y

Umur : 18 Tahun

Jenis kelamin : perempuan

Tempat praktek : Ruang Teratai

No.RM : 230639

Tanggal masuk : 19 Mei 2022 Pukul : 17:00
wib

Tanggal pulang : 20 Mei 2022 Pukul : 07:30
wib

Diagnose medis : ketuban pecah dini (KPD)

Keadaan pasien pulang : Keadaan sudah membaik

Tanda-tanda vital :

TD : 110/80 mmHg

RR : 19 x/m

N : 73 x/m

T : 36°C

Pendidikan Kesehatan :

1. Menganjurkan klien untuk istirahat
2. Mengarahkan klien untuk konsumsi obat Amoxilin 500 gr 3x1/hari dan asam mefenamat 500gr 3x1/hari
3. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung protein seperti telur, sayur-sayuran dan makanan yang berserat
4. Menganjurkan klien untuk terus menjaga kebersihan genitalia
5. Menganjurkan klien untuk kontrol ke poli jika merasa ada keluhan.

Obat yang dibawa pulang :

1. Amoxilin 500 gr 3x1 perhari
2. Asam mefenamat 500gr 3x1 perhari

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan perawatan pada Ny.Y dengan diagnosa medis ketuban pecah dini. Penerapan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan latihan teknik nafas dalam dan massage effleurage , dan evaluasi keperawatan pada Ny.Y yang dilaksanakan pada tanggal 19 Mei 2022 sampai dengan 22 Mei 2022, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan Ketuban pecah dini di ruang Teratai RSUD Curup sebagai berikut :

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Ny.Y dengan ketuban pecah dini dilakukan pengkajian pada hari kamis 19 Mei 2022 pukul 20:00 WIB dengan metode wawancara, Saat pengkajian di temukan beberapa data yang ada pada klien G1 P0 A0 dengan ketuban pecah dini umur 19 tahun, Berdasarkan dari pengkajian klien memiliki keluhan keluar rembesan air dari kemaluannya.

Sesuai teori Sunarti, 2017 menyatakan bahwa tanda dan gejala yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Sementara

itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

Pada pengkajian data nyeri di ungkapkan dengan

PQRST =Provokate /faktor pencetus timbulnya nyeri, Q=Quality /kualitas nyeri yang diungkapkkan oleh pasien, R=Region /lokasi dirasakan nyeri, S=Saver/tingkat keparahan biasanya menggambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, sedang, atau berat dan T=Timing /seberapa sering nyeri dirasakan. Pengukuran skala nyeri dapat menggunakan alat ukur NRS (Numeric Rating Scale).

Berdasarkan data yang didapat pada klien Ny.Y ditemukan data P: nyeri dirasakan saat pembukaan, Q: nyeri seperti ditusuk dan diremas, R: nyeri terasa diperut sampai punggung, S: skala nyeri 6, T:10 menit/sekali.

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 18:45 WIB klien menjalani proses persalinan, ibu mengejan dan mendorong bayi keluar dari rahim, vagina dan perineumnya mengalami tekanan yang sangat kuat. Hal ini berisiko tinggi menyebabkan luka robekan pada vagina dan perineum yang dapat menyebabkan perdarahan pasca persalinan. Oleh karena itu, untuk memperbaiki bagian yang robek tersebut, dengan melakukan penjahitan yaitu sebanyak 4 jahitan. Setelah pasca persalinan klien mengatakan beberapa aktivitas yang dilakukan di bantu keluarga karena mengatakan keterbatasan bergerak jahitan perineum.

Pengkajian pada klien ketuban pecah dini menurut penulis tanda dan gejala yang di raasakan sudah sesuai dengan teori yang ada.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil analisa data pada klien ketuban pecah dini dalam penegakan diagnosa keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 indikator penegakkan diagnosa keperawatan terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko, dimana terdapat kriteria mayor dan minor dalam menegakkan diagnosa. Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis.

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan peneliti dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada ketuban pecah dini menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa keperawatan yang muncul yaitu 1). Nyeri akut berhubungan dengan pecendera psikologis 2). Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan/ancaman terhadap kematian /kurang terpapar informasi/kebutuhan tidak terpenuhi /terpapar bahaya lingkungan. 3). Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya /ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder /ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. 4). Gangguan rasa nyaman dengan efek samping terapi (induksi) /kurang pengendalian situasional. 5). Defisit Pengetahuan ketidaktahuan menemukan sumber informasi /kurang terpapar informasi /kurang minat dalam belajar.

Hasil analisa data pengkajian diagnosa keperawatan yang sesuai teori pada klien ketuban pecah dini yaitu nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik /trauma, diagnosa ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, dan resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini, Sedangkan untuk diagnosa 2 lainnya tidak bisa ditegakkan semuanya yaitu gangguan rasa nyaman dan defisit pengetahuan diagnosa tersebut tidak muncul dikarenakan data mayor dan minor pada pasien tidak mendukung. Namun dari analisa data yang ada kemungkinan diagnosa baru yang dapat diangkat yaitu diagnosa resiko cedera pada janin berhubungan dengan induksi persalinan dan menyusui kurang efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus diakibatkan bayi pada Ny.Y didiagnosis asfiksia. Kedua diagnosa tersebut dapat diangkat karena data mayor dan minor pada pasien mendukung karena terdapat terdapat data-data yang mengarah kediagnosa tersebut.

Pada Klien diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Data Subjektif klien mengeluh nyeri di bagian perutnya sampai punggung, Data Objektif klien tampak meringis, klien tampak gelisah, diagnosa nyeri akut pada pasien terdapat gejala/tanda mayor 80/100% untuk validasi diagnosis dan terdapat tanda minor: tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa

Pada klien ketuban pecah dini dengan diagnosa ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dibuktikan dengan klien

tampak takut dan merasa cemas dengan sering menanyakan keadaan anaknya.

Menurut asumsi peneliti Diagnosa keperawatan yang sesuai teori pada klien ketuban pecah dini yaitu Resiko Infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (Ketuban pecah sebelum waktunya). Saat pengkajian pada klien didapatkan data subjektif mengeluarkan cairan dari jalan lahir dan nyeri. Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko salah satunya adalah ketuban pecah sebelum waktunya, dan kondisi klinis terkait salah satunya ialah ketuban pecah sebelum waktunya atau ketuban pecah dini (KPD).

Menurut asumsi peneliti penegakkan diagnosa sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan teori dimana pada diagnosa resiko infeksi tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala namun memiliki faktor resiko berupa ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien disusun setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

Menurut penulis didapatkan data bahwa kriteria hasil yang sesuai data dibuat tidak berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia SLKI, sedangkan pada Intervensi ada beberapa yang sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI, berikut adalah intervensi menurut penulis yang sudah di sesuaikan dengan SLKI & SIKI.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada Klien peneliti mencantumkan tujuan **L.08066** setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

Intervensi Manajemen nyeri **I.08238** yang telah disusun oleh peneliti pada klien menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018): Meliputi Observasi (Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri), Teraupetik (Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik nafas dalam dan massage effleurage), Edukasi (Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri), Kolaborasi (Kolaborasi pemberian analgetik)

Diagnosa pada klien ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan peneliti mencatumkan tujuan **L. 09093** setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan

diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil : pola tidur meningkat, gelisah menurun dan frekuensi nadi normal.

Intervensi tindakan pencegahan infeksi yang telah disusun oleh peneliti pada klien menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018): Observasi (Identifikasi penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan, Identifikasi kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya, Monitor respon terhadap terapi relaksasi) Terapeutik (Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan, Gunakan pakaian longgar) Edukasi (Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi, Anjurkan mengambil posisi nyaman, Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih).

Diagnosa pada klien yaitu, Resiko infeksi di buktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (ketuban pecah sebelum waktunya) peneliti mencantumkan tujuan **L.14137** setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : tidak terjadi demam, tidak ada bengkak, nyeri menurun.

Intervensi tindakan pencegahan infeksi yang telah disusun oleh peneliti pada klien menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018): Observasi (Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik), Teraupetik (cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, batasi jumlah pengunjung), Edukasi (Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan

cara mencuci tangan dengan benar) Kolaborasi (kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu)

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan.

Melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa keperawatan nyeri, nyeri dapat teratasi dengan melakukan manajemen nyeri seperti mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, melakukan teknik relaksasi (nafas dalam dan massage effleurage) dan distraksi, mengkaji tanda-tanda vital, menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan masaage effleurage setiap nyeri timbul yaitu 30 menit/sekali, tidak ada kendala saat menerapkan teknik nafas dalam, hanya saja saat akan menerapkan teknik massage effleurage klien sulit untuk diarahkan untuk miring kiri karena keadaan klien saat itu sedang meringis nyeri diakibatkan kontraksi yang sedang klien alami, sehingga teknik massage effleurage dilakukan dalam posisi klien duduk, klien mengatakan saat diberikan teknik massage effleurage klien sudah mulai bisa beradaptasi dengan nyeri dan merasa sedikit tenang.

Melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa ansietas, ansietas dapat teratasi dengan melakukan terapi relaksasi yaitu relaksasi nafas dalam dan mengajurkan keluarga untuk ikut serta mengurangi cemas pada klien.

Melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa risiko infeksi dapat teratasi dengan melakukan manajemen imunisasi dengan cara selalu menggunakan teknik aseptik dan non aseptik, mencuci tangan sesudah maupun sebelum tindakan, memantau tanda-tanda adanya infeksi, pada hari ketiga cek pengeluaran lochea.

Melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa risiko cedera pada janin dengan melakukan pemantau denyut jantung janin per/jam, menanyakan riwayat obstetric klien dan memonitor tanda-tanda vital ibu.

Melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa menyusui tidak efektif untuk klien dapat memenuhi nutrisi pada bayi dengan cara mengevaluasi cara menghisap, mengajarkan klien teknik menyusui, memebersihkan payudara ibu dan selalu dekatkan bayi dengan klien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi formatif dan sumatif . setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan pada Ny.Y dengan 5 diagnosa keperawatan, diagnosa tersebut dapat teratasi pada tanggal 22 Mei 2022.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan agen pecendra fisik dengan hasil subjektif, klien mengatakan nyeri sudah jarang timbul tetapi jika bergerak terlalu aktif klien masih merasakan nyut-nyut di bekas jahitan dengan skala

nyeri 2. Diagnosa Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan klien mengatakan tidak ada perasaan takut lagi pada dirinya karena sudah melewati masa persalinan dan anaknya selamat. Pada diagnosa ke tiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini klien mengatakan tidak ada keluar lendir lagi pada vagina dan tidak ada tanda-tanda infeksi dari bekas induksi persalinannya. klien tidak ada mengalami tanda tanda infeksi, pasien mengatakan paham bagaimana cara membasuh vulva dengan benar. Pada diagnosa risiko cedera pada janin sudah dilewatkan oleh klien ditandai dengan melahirkan anak dengan selamat, pada diagnosa kelima menyusui kurang efektif berhubungan dengan hambatan neonatus klien mengatakan pada hari ketiga bahwa klien sudah menyusui bayinya dikarenakan sudah pulang dari rumah sakit.

Klien sudah diperbolehkan pulang pada hari sabtu 21 Mei 2022 pukul 07:30 WIB serta penulis melakukan observasi langsung ke rumah klien pada hari Sabtu 19 Mei 2022 sampai 21 mei 2022. Sebelum klien pulang diberikan pendidikan kesehatan seperti berikut :

1. Menganjurkan klien untuk istirahat
2. Mengarahkan klien untuk konsumsi obat Amicxilin 200gr 2x1/hari dan asam mefenamat 500gr 3x1/hari
3. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung protein seperti telur, sayur-sayuran dan makan makanan yang berserat
4. Menganjurkan klien untuk terus menjaga kebersihan genetalia
5. Menganjurkan klien untuk kontrol ke poli jika merasa ada keluhan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan post partum ketuban pecah dini (KPD) di ruang rawat inap teratai RSUD Curup kabupaten rejang lebong maka penulis menyimpulkan bahwa:

a. Pengkajian

Ny.Y mengeluh nyeri abdomen, skala 6, sudah keluar air ketuban merembes 5 jam lalu, klien tampak gelisah dan cemas. Post persalinan diruang maternitas klien mengeluh nyeri pada jahitan perineum , bayi tidak dirawat satu ruangan dengan ibu, bayi dirawat diruang mawar, klien megatakan payudara teraba penuh karena belum menyusui bayi nya.

b. Diagnosa keperawatan

2 diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendra fisik ditandai dengan adanya nyeri pada abdomen karena adanya pembukaan dan induksi persalinan, skala nyeri 6, Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan klien tampak gelisah, tampak cemas dan klien selalu menanyakan keadaan anaknya, Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini ditandai dengan pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat dengan riwayat KPD 24 jam dan terbukti bayi klien didiagnosa asfiksia, Risiko cedera pada janin berhubungan dengan Induksi persalinan dan kecemasan yang berlebihan ditandai dengan pembukaan klien yang cukup lama dan Menyusui kurang

efektif berhubungan dengan Hambatan pada neonatus ditandai dengan klien belum kontak dengan bayi, bayi dirawat diruang mawar

c. Intervensi keperawatan

Intervensi bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri, menurunkan kecemasan pada klien, mencegah terjadinya infeksi, mencegah terjadi cedera pada janin dan memberikan cara pemberian ASI dengan benar.

d. Implementasi

Memberikan pelaksanaan pada nyeri akut dengan memonitor nyeri dan skala nyeri per/jam ,memberikan teknik nafas dalam dan massage effleurage, pada diagnosa ansietas diberikan terapi relaksasi yaitu relaksasi nafas dalam dan memberikan support kepada klien agar dapat menjalani proses persalinan, pada diagnosa resiko infeksi dianjurkan kepada klien untuk perawatan pada jahitan perineum dengan cara vulva hygiene, saat mencuci genetalia dianjurkan dari depan kebelakang, dan mengganti pembalut setiap 4 jam/sekali terkecuali jika cairan keluar banyak maka dianjurkan mengganti segera untuk mencegah risiko infeksi, pada diagnosa menyusui tidak efektif menyarankan klien untuk memberikan ASI dengan efektif, cara menggendong bayi dan perlekatan dengan benar.

e. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 3 hari perawatan di rumah sakit dan dirumah pada tanggal 19 sampai 21 Mei 2022 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Semua rencana

tindakan telah. Pada diagnosa nyeri akut, klien mengatakan nyeri sedikit dirasakan dan skala nyeri yang berawal dari 2 hingga meningkat sampai 8 dan sekarang skala nyeri turun menjadi 2, frekuensi hilang timbul. Pada diagnosa ansietas, klien tidak merasa cemas maupun gelisah karena sudah melewati proses persalinan dan bayinya selamat. Pada diagnosa risiko infeksi pengeluaran lochea tidak berbau, tidak gatal, dan tidak menemukan adanya tanda Reeda. Pada diagnosa risiko cedera pada janin, bayi klien sudah diizinkan pulang dari ruang mawar. Pada diagnosa menyusui tidak efektif, klien mengatakan asi sudah keluar dan cukup banyak dan sudah diberikan kepada bayinya walaupun hanya diberikan lewat dot bayi.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Diharapkan klien dapat melakukan perawatan secara mandiri dirumah yaitu dapat melakukan vulva hygiene dengan benar untuk mencegah resiko infeksi dan dapat menyusui bayinya secara efektif

2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting sebagai pendamping klien saat melakukan persalinan dan peran keluarga juga sangat penting untuk membantu perawatan mandiri klien dirumah

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan antara teori dengan hasil praktik yang telah dilakukan

DAFTAR PUSTAKA

- Alimah, S, (2012), *Massage Effleurage Therapy*, Edisi 1. Akademik fisioterapi Surakarta
- Ambarwati, wulandari, (2010), *Asuhan Keperawatan Nifas*. Yogyakarta:Nuha Medika.
- Andarmoyo, Sulisty, (2013), *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*, yogyakarta:Ar- Ruzz Media
- Ardhiyanti, Y. Pitriani, (2014), *Panduan Lengkap Keterampilan Dasar Kebidanan I*. Yogyakarta: Deepublish
- Aspiani, (2017), *Kegawatdaruratan Pada Persalinan*. Jakarta: NoerFikri.
- Azhar, D. (2017), *Hubungan antara umur dengan kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin*. *Jurnal Kesehatan*, 44-48. Diakses pada 11 November 2019
- Budiarti,D. (2011), *Hubungan akupresur dengan tingkat nyeri dan lama persalinan di garut*. Universitas Indonesia depok.
- Damayanti, dkk. (2014), *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal*. Jakarta:EGC
- Fatmawati, A,(2017), *Faktor-faktor yang mempengaruhi financial Distress*, penerbit Manufaktur, Vol 6, no.10.
- Guyton, A, (2016), *Buku ajar fisiologi kedokteran Edisi 9.XII ed*. Jakarta:EGC.
- Hartanti, (2005). *Kehamilan, Persalinan dan Gangguan kehamilan*. Yogyakarta:Nuha Medika
- Jurnal Ilmiah kesehatan pencerah, (2020), *Pengaruh Message effluarge Terhadap Pengurangan Tingkat Nyeri Persalinan pada persalinan normal*. Pada Tanggal 19 desember 2020: <https://stikesmu-sidrap.e-journal.id/JIKP/article/download/191/153/>
- Khafidoh, Anisatun, (2014), *Hubungan ketuban pecah dinidengan penangan aktif pada ibu bersalin Anisatun khafidoh*, *Fakultas Ilmu Kesehatan UMP*, 2014 : 8-29
- Kozier dan Gegor, (2010), *Buku saku pelayanan Kesehatan Ibu*. Jakarta:EGC
- Legawati Riyanti, (2018), *Determinan kejadian ketuban pecah dini (KPD)*. *Surya medika volume 3 no.2*. palangka raya
- Lusianah, suratun & Indaryani (2012), *Prosedur Keperawatan*, Trans infi media, Jakarta

- Manuaba, (2014). Ilmu kebidanan, penyakit kandungan, dan KB . 2 ed. Jakarta: EGC
- Maryunani, A, (2016), *Buku praktis kehamilan dan persalinan patologis (resiko tinggi dan komplikasi) Dalam kebidanan*. Jakarta. CV TRANS INFO MEDIA.
- Megan, (2020), *Asuhan Keperawatan Pada Masa Antenatal*. Jakarta:Salemba medika
- Monasantika, (2021), *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut* . Yogyakarta: Nuha Medika
- Negara , et al, (2017), *Resiko Ketuban pecah dini* . Yogyakarta: Pustaka Press
- Nurasih Ai. (2014), *Asuhan Persalinan Normal* . Bandung: Hak Cipta.
- Nursalam, (2016), *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Ed 4. Jakarta: Salemba Medika
- Parulian, TS. Sitompul, J. Oktriviana, (2014), *Pengaruh Teknik Massage Effleurage Terhadap Perubahan Nyeri Pada Ibu Post partum*, Bandung
- POGI, H, (2016), *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Ketuban Pecah Dini. Clinical Characteristics and Outcome of Twin Gestation Complicated by Preterm Premature Rupture of the Membranes*.
- PPNI, (2017), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI, (2019), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Prawirohardjo, S, (2016), *Ilmu Kebidanan Cetakan Kelima*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono.
- Purnama, (2019), *Peran kebudayaan dalam dunia pendidikan*. 8(1),8 .
- Purwaningtyas, (2017). *Faktor Kejadian Anemia pada Ibu Hamil*. HIGEIA, 1(3):46
RSUD
- Purwanto, (2013), *Evaluasi Hasil. Celeban Timur UH III*, pustaka belajar. Yogyakarta

- Ratnawati, E, (2017), *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru press
- Rekam Medik RSUD Curup, (2022), *Ketuban Pecah Dini di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup*: Rekam Medik RSUD Curup.
- Ratnaningsih, E Harmayani (2010), *Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta:Rajawali press
- Ratnawati, E, (2017), *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Pustaka Baru Presss
- Situmorang, (2009), *Ilmu keperawatan*. Jakarta:EGC
- Sunarti, (2017), *Manajemen Asuhan kebidanan intranatal 37-38 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Kabupaten Gowa*. Universitas islam Makassar.
- Venny Vidayanti, (2019), *Pengaruh massage effleurage dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri . Lala Budi Fitriana. Jurnal kesehatan*. Universitas Respati. Yogyakarta
- Walyani, dkk, (2016), *Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan*. Yogyakarta:Pustaka Baru Press
- Wiadnya, (2016), *Gambaran Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan Aterm*. Vol 5 NO 10, Jakarta:Medika Udayana
- Wijanarko, (2015), *Sport Massage dan Praktik*, Ed 1. Surakarta : Yuma pustaka
- Wiknjosastro, (2007), *Ilmu keperawatan*. Edisi 1. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka Sarwono prawiroharjo
- World Health Organization, (2015), *Bascommetro*. Diakses pada tanggal 03 juli 2018,dari <http://www.bascommetro.com/2014/12/angakematian-ibu-untuk-tahun2015.html>.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : ANES ADESTI
NIM : P0 0320119 045
NAMA PEMBIMBING : Yanti Sutriyanti, SKM,M.kep
NIP : 197004071989112002
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Intranatal Dengan
Ketuban Pecah Dini (KPD) DI Ruang Inap
Teratai RSUD Curup Tahun 2022

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin/ 20-12-2021	<ul style="list-style-type: none">- Arahan format proposal- Arahan waktu bimbingan/konsul- ACC Judul- Lanjutkan ke BAB-I	
2.	Jum'at/ 11-03-2022	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none">- Pada BAB 1 diurutkan dari topik, angka , komplikasi pada ibu dan bayi, dampak, fenomena, dan ada hasil penelitian- Untuk pengertian dan dampak dibedakan setiap paragraf- Untuk penulisan pada daftar pustaka masukkan tahun buku yang terbaru bukan jurnalnya- Untuk rumusan masalah berasal dari indentifikasi latar belakang dan memacu ke diagnosa dan	

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
		implementasi Sertakan lokasi, tahun dan tempat - Untuk manfaat penelitian terbagi menjadi untuk pasien, penulis dn institusi yang terbagi lagi untuk rumah sakit dan kependidikan	
3.	Rabu/ 05-01-2022	BAB I - Ambil data WHO - Ambil profil kesehatan Indonesia yang terbaru - Tambahkan beberapa penelitian KPD dan dapat memunculkan masalah keperawatan sehingga dapat memunculkan masalah keperawatan sehingga dapat menuju upaya keperawatan - Perbaiki rumusan masalah, ambil tahun yang terbaru - Untuk tujuan penelitian lihat panduan pembuatan proposal/KTI	
4.	Senin/ 21-03-2022	BAB I - Tambahkan masalah keperawatan - Jelaskan manajemen nyeri pada kasus persalinan - Lanjutkan ke BAB -2	
5.	Rabu / 23-03-2022	BAB I & BAB II - Tambahkan terapi relaksasi dan massage - Woc dibagikan menjadi pervaginam, induksi dan SC - Tambahkan mekanisme persalinan, nyeri persalinan dan manajemen nyeri	

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
		<ul style="list-style-type: none"> - Tambahakn pada keluhan ibu dating keluar air sebelum terjadinya kontraksi - Perbaiki kembali pada pemeriksaan head to toe 	
6.	Jum'at / 25-03-2022	BAB I & BAB II <ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi untuk ujian - Daftar pustaka cek kembali 	
7.	Senin / 28-03-2022	BAB I & BAB II <ul style="list-style-type: none"> - ACC untuk ujian seminar proposal 	
8.	Senin / 06-06-2022	BAB III <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan kembali pada keluhan utama dan riwayat kesehatan sekarang - Perhatikan riwayat kesehatan keluarga - Pada riwayat persalinan persalinan sekarang lebih menuju perparagraf sesuai jam - Pada kebutuhan nutrisi dibuat menjadi sebelum dirawat, persalinan dan post persalinan - Table pemeriksaan fisik disamakan dengan table kebutuhan nutrisi - Perbaaiki kembali analisa data - Tambahkan analisa data saat post persalinan - Perhatikan kembali pada implementasi pre persalinan dan post persalinan - Genogram tidak perlu dimasukkan 	

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
		<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan laboratorium tambahkan yang post persalinan, jika ada 	
9.	Rabu / 08-06-2022	BAB III <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan pada pemeriksaan fisik pengeluaran post partum - Tambahkan dosis dan jumlah obat yang diberikan - Lanjutkan ke BAB IV & BAB V 	
10.	Senin / 13-06-2022	BAB IV & BAB V <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan respon klien pada pelaksanaan BAB V atau teknik yang diberikan - Pada diagnosa pembahasan dijelaskan alasan kenapa diagnosa pada teori tidak diangkat - Perbaiki kembali pada respon klien 	
11.	Selasa / 14-06-2022	BAB IV & BAB V <ul style="list-style-type: none"> - Pada implementasi bab IV & bab v disesuaikan dengan diagnosa - Pada implementasi dijelaskan terapi yang digunakan perdiagnosa - Lengkapi dari BAB I,II, III, IV & V - Persiapan ujian hasil 	

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
12.	Rabu / 15-06-2022	BAB I, II, III, IV & V - ACC ujian seminar hasil Karya Tulis Ilmiah	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN REVISI KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Anes Adesti
NIM : P00320119045
NAMA PENGUJI : Ns. Sri Haryani, S.Kep, M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Intranatal
Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Diruang
Inap Teratai Di RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 13 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki Daftar Pustaka- Tambahkan Jenis Lochea- ACC KTI	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

BIODATA

Nama : ANES ADESTI

Tempat dan tanggal lahir : Cawang lama, 05 oktober 2000

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Cawang lama

Riwayat pendidikan : 1. SDN 01 Selupu rejang

2. SMP 01 Curup timur

3. SMAN 02 Rejang Lebong

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ANES ADESTI
Nim : P00320119045
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Intranatal Dengan
Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Inap Teratai
RSUD Curup 2022

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa KTI ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 21 Juni 2022

Yang menyatakan



ANES ADESTI
NIM: P00320119045



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 39 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Curup, 20 Mei 2022
Kepada Yth :
Karu Teratai
Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :KH.03.01/-/6/V/2022 Tanggal 18 Mei 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :

Nama : **ANES ADESTI**
NIM : P0 0320119045
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 20 s.d 27 Mei 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini (KPD) diruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi
Ub
Kasubag Umum dan Kepegawaian





PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 49 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan
Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di
RSUD Curup

Curup, 31 Mei 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -

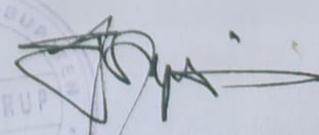
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor:
KH.03.01/-/6/V/2022 tanggal 18 Mei 2022, Perihal Surat Pengantar
Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **ANES ADESTI**
NIM : P0 0320119045
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 20 s/d 27 Mei 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan
ketuban pecah dini (KPD) diruang Rawat
Inap Teratai RSUD Curup Kabupaten Rejang
Lebong.**

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami
sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi


DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003

DOKUMENTASI PEMANTAUAN PASIEN
KETUBAN PECAH DINI (KPD)

NO	TGL	KPD DAN PRE PERSALINAN	TGL	POST PERSALINAN
1	20 MEI 2022	 <p style="text-align: center;"><i>(Mengajarkan teknik nafas dalam)</i></p>  <p style="text-align: center;"><i>(pemantauan DJJ per/jam)</i></p>		 <p style="text-align: center;"><i>(Mengajarkan kembali teknik nafas dalam karena ad nyeri)</i></p>  <p style="text-align: center;"><i>(pemantauan TTV)</i></p>



(edukasi pada keluarga untuk ikut serta keberhasilan terapi yang diberikan)



(memberikan teknik massage effleurage untuk mengurangi nyeri)



(Menanyakan perkembangan klien apakah masih ada keluhan seperti nyeri)



(observasi TTVklien)



*(Membantu proses persalihan
klien diruang VK)*