

**IMPLEMENTASI EDUKASI NUTRISI PADA IBU POST PARTUM
DENGAN KPD DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh:

Ambarwati Setyaningsih

40902100012

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

2024

**IMPLEMENTASI EDUKASI NUTRISI PADA IBU POST PARTUM
DENGAN KPD DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Ambarwati Setyaningsih

40902100012

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

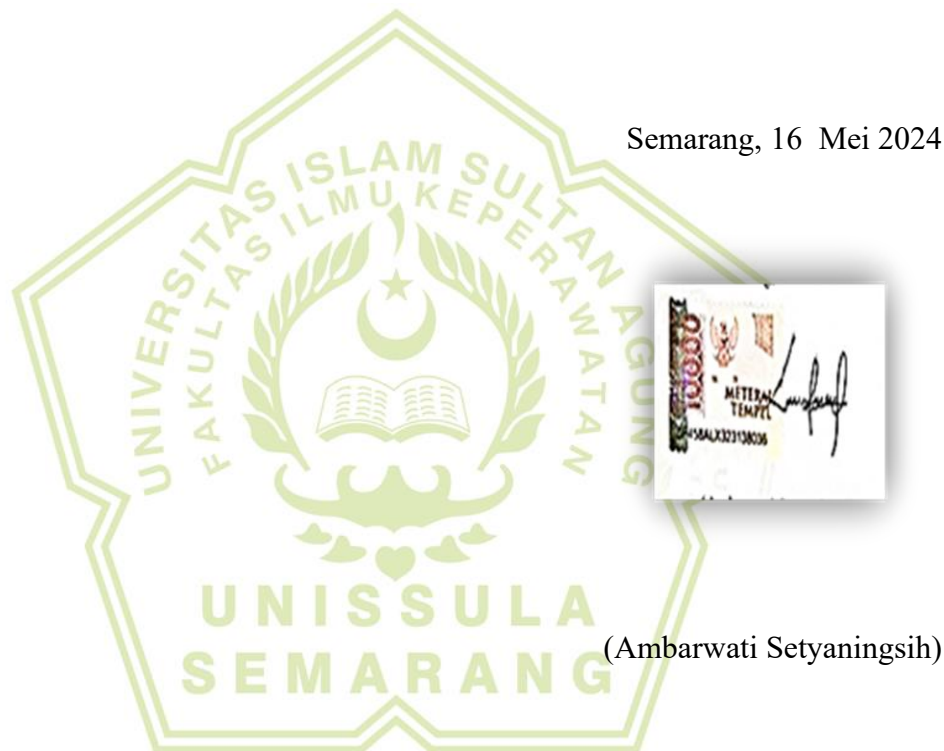
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

2024

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 16 Mei 2024



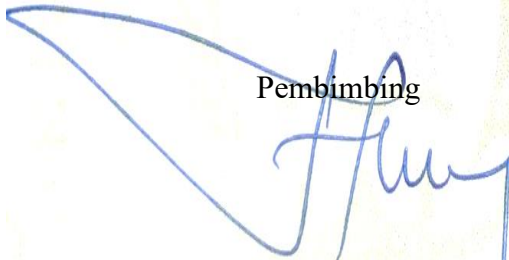
(Ambarwati Setyaningsih)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
pada:

Hari : Jumat

Tanggal : 10 Mei 2024



Pembimbing

Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M. Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN 0609067

Semarang, 10 Mei 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Kamis tanggal 16 Mei 2024 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 16 Mei 2024

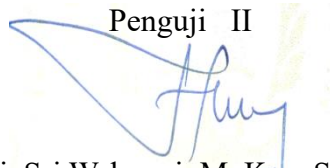
Tim Penguji, Penguji I



(Ns. Hernandia Distinarista, M. Kep)

NIDN: 0602098503

Penguji II

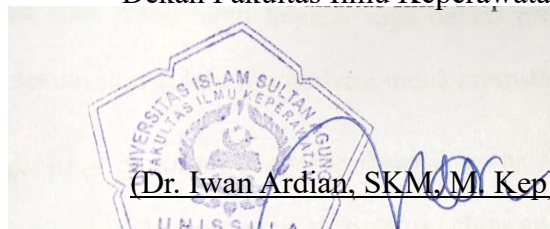


(Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M. Kep, Sp. Kep. Mat)

NIDN: 0609067504

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



(Dr. Iwan Ardian, SKM, M. Kep)

NIDN: 0622087403

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah dengan puji syukur bagi ALLAH SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir berupa skripsi ini hingga selesai dengan waktu yang sudah ditetapkan.

1. Karya tulis ilmiah ini penulis persembahkan kepada Cinta pertamaku dan panutanku, Bapak Ishartoyo dan Ibu Ismiyati. Mereka yang sudah menyemangati serta mendoakan sampai titik ini, yang senantiasa memberikan dukungan baik moral dan material, serta selalu memberikan do'a yang setiap hari untuk saya sampai pada hari ini saya dapat menyelesaikan tugas akhir karya tulis ilmiah, kasih sayang yang tidak dapat terbalaskan semoga ALLAH SWT selalu memberikan kesehatan kepada beliau.

2. Karya tulis ilmiah ini penulis persembahkan juga kepada cinta kasih ketiga kakakku, kak Aziz, kak Aan, kak Ambar. Mereka yang telah memberikan dukungan dan motivasi serta mendoakan sampai titik, dimana penulis bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar.

3. Penulis juga mempersembahkan kepada Ibu Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M. Kep, Sp. Kep. Mat selaku dosen pembimbing skripsi saya yang selalu memberikan pengarahan dan bimbingan kepada saya dalam proses penyelesaian skripsi ini sehingga sesuai dan selalu memotivasi untuk menyelesaikan penelitian ini.

4. Tak lupa juga penulis mempersembahkan untuk teman-teman saya yang sudah kebersamai dan ikut memotivasi penulis sehingga tugas akhir ini bisa selesai.

5. Terakhir terimakasih untuk diri sendiri, karena telah mampu berusaha keras berjuang sampai sejauh ini tidak menyerah dan terus berusaha sampai akhirnya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.



MOTTO HIDUP

“Ketika aku melibatkan ALLAH dalam semua rencana dan impianku, dengan penuh keikhlasan dan keyakinan, aku percaya tidak ada yang tidak mungkin untuk diraih”

“Kesuksesan dan Kebahagiaan terletak pada diri sendiri, Tetaplah berbahagia karena kebahagiaanmu dan kamu yang akan membentuk karakter kuat untuk melawan kesulitan”

(Hellen Keller)

“Kita harus berarti untuk diri kita sendiri terlebih dahulu, sebelum kita mrnjadi orang yang berharga bagi orang lain”

(Raphl Waldo Emerson)



**IMPLEMENTASI EDUKASI NUTRISI PADA IBU POST PARTUM
DENGAN KPD DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Ambarwati Setyaningsih

Program Studi DIII Keperawatan

Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Mei 2024

Email: tyaningsih087@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Salah satu masalah obstetrik yang dapat menyebabkan komplikasi pada ibu yaitu ketuban pecah dini, yang dapat menyebabkan korioamnionitis, plasenta abrupsi, dan sepsis. Karena pecahnya selaput ketuban, bakteri dapat lewat dengan mudah memasuki uterus dan berkembang biak, infeksi pada ibu dapat terjadi pada kejadian KPD. Keadaan KPD yang lama memiliki kemungkinan infeksi yang lebih tinggi karena bakteri akan bertahan lebih lama. Oleh karena itu **Tujuan:** dari studi kasus ini untuk menurunkan risiko infeksi pada ibu post partum dengan KPD di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Jawa Tengah. **Metode:** yang digunakan penulis adalah metode studi kasus **Hasil:** hasil yang didapatkan penulis, hari pertama sampai hari ketiga setelah dilakukan tindakan edukasi nutrisi didapatkan adanya penurunan risiko infeksi pada pasien. **Kesimpulan:** Edukasi nutrisi efektif dalam mengatasi pasien dengan diagnosa Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya

Kata kunci: post partum, Ketuban pecah dini (KPD).

**IMPLEMENTASI EDUKASI NUTRISI PADA IBU POST PARTUM
DENGAN KPD DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Ambarwati Setyaningsih

Diploma DIII Nursing Study Program

Faculty of Nursing

Sultan Agung Islamic University Semarang

May 2024

Email : tyaningsih087@gmail.com

Abstract

Background: One obstetric problem that can cause complications in the mother is premature rupture of membranes, which can lead to chorioamnionitis, placental abruption, and sepsis. Due to the rupture of the amniotic membrane, bacteria can pass easily into the uterus and multiply, infection of the mother can occur in the event of KPD. Long KPD states have a higher chance of infection because the bacteria will last longer. Hence the **Objective:** from this case study to To reduce the risk of infection in postpartum mothers with KPD at Sultan Agung Islamic Hospital Semarang Central Java. **Method:** the author uses the case study method **Results:** the results obtained by the author, the first day to the third day after nutritional education measures found a reduced risk of infection in patients. **Conclusion:** Nutrition education is effective in treating patients with diagnoses Risk of infection associated with amniotic disease.

Keyword: post partum, Ketuban pecah dini (KPD).

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillahirobbil 'alamin, puji syukur penulis panjatkan kehadiran ALLAH SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Implementasi edukasi nutrisi pada ibu post partum dengan KPD di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan arahan salah pihak secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Gunarto, SH., M.H selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Ns Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah sabar meluangkan waktu dan tenaganya serta

memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bantuan kepada penulis saat menempuh studi.
6. Kepala Ruang dan Seluruh Perawat diruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan Penulis untuk mengambil kasus diruang tersebut.
7. Kepada Orang tua saya Bapak Ishartoyo dan Ibu Ismiyati yang tidak pernah lelah memberikan motivasi, dukungan, semangat, perhatian, dan kasih sayang serta mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
8. Kepada cinta kasih ketiga kakakku, kak Aziz, kak Aan, kak Ambar. Mereka yang telah memberikan dukungan dan motivasi serta mendoakan sampai titik, dimana penulis bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar.
9. Kepada teman-teman prodi Diploma III Keperawatan angkatan 2021 dan semua pihak yang telah banyak membantu, memberi semangat dan motivasi kepada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis Menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Maka kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya

Tulis Ilmiah ini. Harapan Penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
MOTTO HIDUP	viii
Abstrak	ix
KATA PENGANTAR.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang.....	1
2. Rumusan Masalah	5
3. Tujuan	8
a. Tujuan Umum	8
b. Tujuan Khusus	8
4. Manfaat.....	9
BAB II.....	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
1. KONSEP DASAR PENYAKIT.....	10
A. Definisi	10
B. Etiologi	10
C. Tanda gejala.....	11
D. Patofisiologi	11
E. Pathway.....	12
F. Penatalaksanaan	13
2. KONSEP KEPERAWATAN	14
A. Pengkajian Keperawatan	14
B. Diagnosa Keperawatan	20
C. Intervensi Keperawatan	20
E. Implementasi Keperawatan	24

F. Evaluasi Keperawatan.....	25
BAB III.....	27
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	27
A. Pengkajian	27
B. Analisa Data	33
C. Diagnosa Keperawatan.....	34
D. Intervensi Keperawatan	35
E. Implementasi keperawatan	36
F. Evaluasi keperawatan.....	39
BAB III.....	45
METODE PENELITIAN	45
A. Desain Penelitian	45
B. Subjek Penelitian	45
C. Fokus Studi	45
D. Definisi Operasional.....	45
E. Instrumen Studi Kasus	46
F. Metode Pengumpulan Data.....	46
G. Lokasi Dan Waktu Peneliatan.....	49
H. Analisa Data dan Penyajian Data.....	49
I. Etika Studi Kasus.....	50
BAB IV	52
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	52
A. PENGKAJIAN	52
B. DIAGNOSA	53
C. INTERVENSI.....	57
D. IMPLEMENTASI	62
E. EVALUASI	63
BAB V	69
PENUTUP.....	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	72

DAFTAR LAMPIRAN

lampiran 1 Daftar riwayat hidup	75
lampiran 2 Lembar leafeat	76
lampiran 3 Foto penkes edukasi nutrisi pada pasien.....	78
lampiran 4 Lembar SAP Edukasi nutrisi.....	79
lampiran 5 Lembar Konsul Bimbingan.....	90
lampiran 6 Lembar Infomed consent	92
lampiran 7 Asuhan Keperawatan Maternitas	93



BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Salah satu masalah obstetrik yang dapat menyebabkan komplikasi pada ibu yaitu ketuban pecah dini, yang dapat menyebabkan korioamnionitis, plasenta abrupsi, dan sepsis. Karena pecahnya selaput ketuban, bakteri dapat lewat dengan mudah memasuki uterus dan berkembang biak, infeksi pada ibu dapat terjadi pada kejadian KPD. Keadaan KPD yang lama memiliki kemungkinan infeksi yang lebih tinggi karena bakteri akan bertahan lebih lama. (Vishwakarma et al., 2015)

Insiden KPD hanya 2,19% pada kehamilan di bawah 37 minggu dan 6,19% pada kehamilan di atas 37 minggu. Hasil studi Yndin (2015) dalam (Rahmawati & Nailah, 2023) menunjukkan bahwa infeksi sebesar 65% merupakan salah satu faktor KPD. Studi (Tahir, 2021) menunjukkan bahwa 70% infeksi genitalia dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan 57 kasus 30% kelahiran. Menurut Haartono et al. (2016) dalam (Rahmawati & Nailah, 2023), infeksi bakteri pada vagina yang ditemukan selama pemeriksaan sekret vagina dapat menyebabkan ketuban pecah dini.

Selain membahayakan ibu, KPD juga dapat membahayakan janin, seperti prematuritas (sindrom distres pernafasan, hipotermia, masalah pemberian makan neonatal, retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, entercolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubemia, anemia, sepsis, prolaps funiculi/penutupan tali pusat,

hipoksia dan asfiksia sekunder sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah.

(Marni, 2016)

Angka kejadian ibu bersalin dengan KPD mencapai 150.000 kasus per tahun di Amerika Serikat (Korovesi et al., 2018). KPD pada kehamilan aterm sekitar 8-10%, dan KPD pada kehamilan kurang bulan hanya 1% (Rahayu, B. & Sari, 2017). Berdasarkan data pelaporan kasus komplikasi kehamilan dan persalinan di ruang bersalin RSUD Provinsi NTB selama dua tahun terakhir, kasus ibu bersalin dengan KPD merupakan kasus terbanyak dari 9 kasus yang dirawat di ruang bersalin di RSUD Provinsi NTB, dengan 452 kasus pada tahun 2017 dan 310 kasus pada tahun 2018.

Perawatan post partum sangat penting karena proses infeksi yang terjadi setelah tindakan SC atau pengeluaran lochea dapat menyebabkan infeksi postpartum yang menyebabkan KPD baik preterm maupun aterm. Jika perineum tidak dirawat dengan baik, infeksi akan muncul. Kondisi perineum yang terkena lochea akan menjadi lembab dan memungkinkan bakteri berkembang biak, yang pada gilirannya menyebabkan infeksi di organ reproduksi dan menyebabkan masalah kesehatan. Menurut Kasdu (2017) dalam (Rahmawati & Nailah, 2023). Sebagai hasil dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (PPNI, 2018), 54 persen kelahiran tidak mengalami komplikasi selama persalinan. Wanita dengan persalinan prematur dilaporkan sebesar 35% kelahiran, dan wanita dengan KPD lebih dari 6 jam sebelum kelahiran dilaporkan sebesar 15% kelahiran. 8% mengalami perdarahan berlebih dan 8%

mengalami demam. Pada saat persalinan, 5% mengalami komplikasi tambahan dan 2% mengalami kejang. Meskipun demikian, KPD dapat menyebabkan perdarahan dan partus lama. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh (Yaze, Iqus Ulfa dan Dewi, 2016) menunjukkan bahwa insidensi KPD adalah 10% dari semua kehamilan; pada kehamilan aterm, insidensinya berkisar antara 6-19%, dan pada kehamilan preterm, insidensinya adalah 2% dari semua kehamilan. Hampir semua KPD pada kehamilan preterm lahir sebelum persalinan aterm atau setelah selaput ketuban pecah dalam satu minggu. KPD 70% terjadi pada kehamilan yang cukup bulan. Prematuritas bertanggung jawab atas sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal. KPD adalah faktor penyebab prematuritas dengan insidensi 30–40% (Yaze dan Dewi, 2016:76). Kehamilan dan persalinan biasanya membawa risiko bagi ibu dan janin. KPD dapat menyebabkan komplikasi, seperti yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus yang lama, tindakan operatif obstetric yang lebih banyak, atau morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi.

Banyak penelitian yang mendukung infeksi dapat menyebabkan KPD. Salah satunya adalah menurut (American Association of Pro-Life Obstetricians & Gynecologists, 2018) menyatakan bahwa corioamnionitis, infeksi pada cairan ketuban, dapat disebabkan oleh infeksi pada traktus genitalia wanita. Infeksi pada vagina dan saluran genital lainnya, baik luar maupun dalam, juga dapat menyebabkan ketuban pecah dini. Kondisi infeksi pada selaput ketuban ini sangat mempengaruhi kerapuhan selaput ketuban, yang meningkatkan kemungkinan ketuban pecah dini. Infeksi dapat masuk ke traktus genitalia dan

menginfeksi lapisan selaput ketuban, menyebabkan ketuban pecah dini (Koroveshi et al., 2018). bahwa infeksi vagina adalah salah satu yang dapat menyebabkan ketuban pecah dini. Bakterial vaginosis adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri yang menyerang area vagina. Ini akan mempengaruhi ekosistem vagina dengan mengurangi atau menghilangkan kadar hydrogen peroxida yang memproduksi lactobasillus di dalam vagina. Ini memungkinkan bakteri anaerob berkembang biak dan menyebabkan infeksi. Banyak kuman anaerob ini dapat masuk ke dalam uterus, menginfeksi selaput ketuban dan menyebabkan ketuban pecah dini. (Jakovljević, A., Bogavac, M., Nikolić et al., 2014).

Anemia kehamilan adalah faktor klinis lain yang sering ditemukan pada responden dengan KPD. Ketika kadar hemoglobin dalam darah menurun, itu disebut anemia. Hemoglobin mengikat oksigen dalam darah, yang diperlukan oleh sel-sel tubuh. Anemia mengurangi oksigen dalam darah, yang dapat menyebabkan kelelahan, sakit kepala, dan tidak bertenaga. Selain itu, ibu hamil yang menderita anemia sangat rentan terhadap perdarahan selama kehamilan dan persalinan. (Perry, S., Hockenberry, M. & D., & Wilson, 2014). Anemia juga dapat mengubah selaput ketuban selama kehamilan. Anemia mengganggu degenerasi dan perfusi selaput ketuban, yang menyebabkan kerapuhan selaput ketuban. Lebih lanjut, anemia pada kehamilan menyebabkan berkurangnya massa hemoglobin di dalam jaringan, yang membuatnya tidak dapat membawa oksigen ke seluruh tubuh, menyebabkan kerapuhan selaput ketuban. (Herawati, C., & Astuti, 2014).

Dengan demikian, ibu hamil harus memahami pentingnya gizi selama kehamilan untuk mencegah anemia dan jarak kehamilan. Ini adalah cara alternatif untuk mengurangi resiko infeksi dengan mengajarkan ibu yang baru melahirkan tentang status gizi dan nutrisi untuk lebih memahami perilaku dan kebutuhan nutrisinya. Penting bagi petugas kesehatan, terutama mereka yang bekerja di tingkat pertama pelayanan di Puskesmas dan Polindes, untuk terus mendidik ibu hamil. Kegiatan kelas ibu di puskesmas dapat memberikan penguatan yang lebih besar kepada ibu hamil. Ini juga dapat meningkatkan promosi kesehatan dan inovasi pembelajaran baik di desa maupun di puskesmas.

2. Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan implementasi keperawatan dengan edukasi nutrisi pada ibu post partum dengan KPD (Ketuban pecah dini), dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Penerapan Edukasi Nutrisi pada ibu post partum dengan KPD (Ketuban pecah dini)”?

- a. Salah satu masalah obstetrik yang dapat menyebabkan komplikasi pada ibu yaitu ketuban pecah dini, yang dapat menyebabkan korioamnionitis, plasenta abrupsi, dan sepsis.
- b. Hasil studi Yndin (2015) dalam (Rahmawati & Nailah, 2023) menunjukkan bahwa infeksi sebesar 65% merupakan salah satu faktor

KPD. Studi (Tahir, 2021) menunjukkan bahwa 70% infeksi genitalia dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan 57 kasus 30% kelahiran.

- c. KPD juga dapat membahayakan janin, seperti prematuritas (sindrom distres pernafasan, hipotermia, masalah pemberian makan neonatal, retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necroticing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubienia, anemia, sepsis, prolaps funiculi/penutupan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah. (Marni, 2016)
- d. Berdasarkan data pelaporan kasus komplikasi kehamilan dan persalinan di ruang bersalin RSUD Provinsi NTB selama dua tahun terakhir, kasus ibu bersalin dengan KPD merupakan kasus terbanyak dari 9 kasus yang dirawat di ruang bersalin di RSUD Provinsi NTB, dengan 452 kasus pada tahun 2017 dan 310 kasus pada tahun 2018.
- e. Perawatan post partum sangat penting karena proses infeksi yang terjadi setelah tindakan SC atau pengeluaran lochea dapat menyebabkan infeksi postpartum yang menyebabkan KPD baik preterm maupun aterm. Jika perineum tidak dirawat dengan baik, infeksi akan muncul. Kondisi perineum yang terkena lochea akan menjadi lembab dan memungkinkan bakteri berkembang biak, yang pada gilirannya menyebabkan infeksi di organ reproduksi dan menyebabkan masalah kesehatan. Menurut Kasdu (2017) dalam (Rahmawati & Nailah, 2023).

- f. Banyak penelitian yang mendukung infeksi dapat menyebabkan KPD. Salah satunya adalah menurut (American Association of Pro-Life Obstetricians & Gynecologists, 2018) menyatakan bahwa corioamnionitis, infeksi pada cairan ketuban, dapat disebabkan oleh infeksi pada traktus genitalia wanita. Infeksi pada vagina dan saluran genital lainnya, baik luar maupun dalam, juga dapat menyebabkan ketuban pecah dini.
- g. Anemia kehamilan adalah faktor klinis lain yang sering ditemukan pada responden dengan KPD. Ketika kadar hemoglobin dalam darah menurun, itu disebut anemia. Hemoglobin mengikat oksigen dalam darah, yang diperlukan oleh sel-sel tubuh. Anemia mengurangi oksigen dalam darah, yang dapat menyebabkan kelelahan, sakit kepala, dan tidak bertenaga. Selain itu, ibu hamil yang menderita anemia sangat rentan terhadap perdarahan selama kehamilan dan persalinan. (Perry, S., Hockenberry, M. & D., & Wilson, 2014).
- h. Dengan demikian, ibu hamil harus memahami pentingnya gizi selama kehamilan untuk mencegah anemia dan jarak kehamilan. Ini adalah cara alternatif untuk mengurangi resiko infeksi dengan mengajarkan ibu yang baru melahirkan tentang status gizi dan nutrisi untuk lebih memahami perilaku dan kebutuhan nutrisinya. Penting bagi petugas kesehatan, terutama mereka yang bekerja di tingkat pertama pelayanan di Puskesmas dan Polindes, untuk terus mendidik ibu hamil.

3. Tujuan

a. Tujuan Umum

Untuk menurunkan risiko infeksi pada ibu post partum dengan KPD di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Jawa Tengah.

b. Tujuan Khusus

Mampu melakukan implementasi keperawatan secara komprehensif pada Ny. N usia 23 tahun dengan KPD (Ketuban pecah dini) di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, meliputi:

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. N dengan KPD (Ketuban pecah dini) di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 2) Menegakkan prioritas masalah dan diagnosa keperawatan pada Ny. N dengan KPD (Ketuban pecah dini) di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3) Menentukan intervensi keperawatan pada Ny. N dengan KPD (Ketuban pecah dini) di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- 4) Melakukan implementasi keperawatan pada Ny. N dengan KPD (Ketuban pecah dini) di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. N dengan KPD (Ketuban pecah dini) di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

4. Manfaat

a. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan referensi atau acuan bagi institusi pendidikan di bidang keperawatan tentang pos partum dengan KPD (Ketuban pecah dini).

b. Manfaat bagi Lahan Praktik

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi lahan praktik dalam mempertahankan dan meningkatkan prosedur untuk mengurangi ataupun menghilangkan masalah yang timbul pada pasien, dan diharapkan dapat memberikan masukan atau saran serta menambah keluasaan implementasi keperawatan pada pasien post partum di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

c. Manfaat bagi Masyarakat

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang post partum dengan KPD (Ketuban pecah dini).

BAB II

TINJAUN PUSTAKA

1. KONSEP DASAR PENYAKIT

A. Definisi

Salah satu bentuk kelainan dalam kehamilan adalah ketuban pecah dini, pula diketahui sebagai PROM, yang menaikkan risiko infeksi.

(Kemenkes RI, 2022)

Selaput ketuban yang pecah sebelum waktunya melahirkan disebut ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW). Pecah ketuban sebelum persalinan atau pembukaan wajar kurang dari 3 cm pada primipara dan 5 cm pada multipara. Hal ini bisa terjadi pada kehamilan yang belum sempurna atau aterm. Risiko infeksi ibu dan anak bertambah dalam keadaan seperti ini. Masalah utama yang penting dalam obstetri yaitu ketuban pecah dini, yang dapat menimbulkan infeksi pada ibu dan bayi juga meningkatkan sakit dan kematian pada ibu dan bayi. (Prameswari, 2017)

B. Etiologi

Beberapa faktor risiko meliputi infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban, asenderen vagina, atau serviks. Faktor lain tertulis fisiologi selaput ketuban yang enggak normal, inkompetensi serviks, umur, golongan darah, paritas, merokok, keadaan sosial ekonomi, perdarahan antepartum, riwayat abortus, perdarahan ketuban pecah dini,

rahim yang terlalu banyak tegang, pinggul yang sempit, kecapean ibu ketika bekerja, dan trauma. (Noviantry, 2019)

C. Tanda gejala

Menurut (Andalas, 2019) gejala dan tanda ketuban pecah dini meliputi:

1. Riwayat darah keluar dari jalan lahir.
2. Merasakan mules maupun kenceng-kenceng.
3. Air keluar dari jalan lahir.
4. Pasien mengeluh keputihan dan gatal tetapi tidak berbau.
5. Nyeri tekan.

Menurut (Dewi, 2021), ciri-ciri dan gejala ketuban pecah dini yaitu seperti : air ketuban keluar melalui vagina; bau amis yang tidak seperti amoniak dari cairan vagina; nyeri di perut; dan detak jantung janin yang makin cepat.

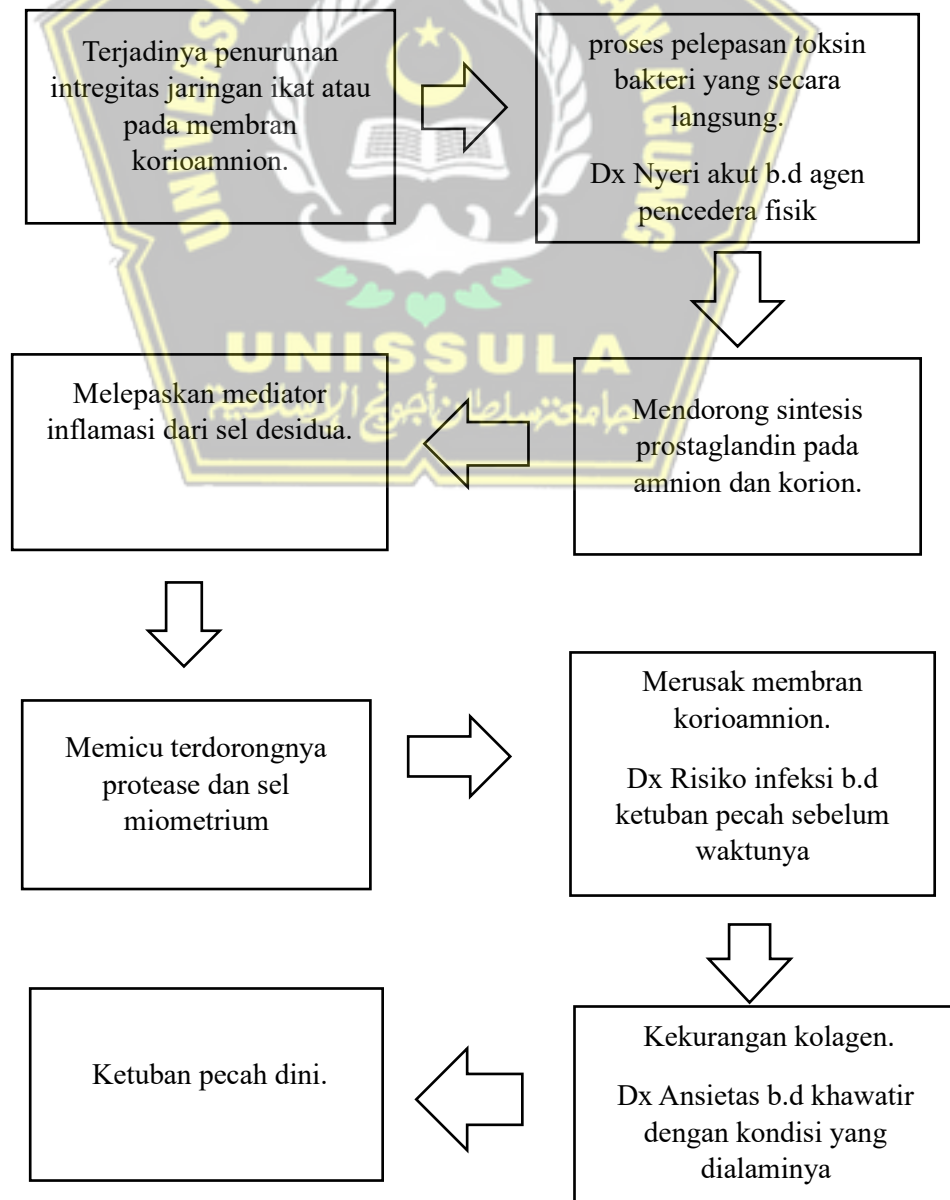
D. Patofisiologi

Akibat adanya perubahan dalam struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen berubah, patofisiologi ketuban pecah dini berlangsung. Ketuban masih sangat kuat pada awal kehamilan, namun di akhir kehamilan, maka mudah pecah karena selaput ketuban melemah karena pembesaran uterus, kontraksi rahim, serta gerakan janin.

Patogen dari saluran genitalia semacam chlamidia trachomatis, neiseria gonorrhoeae, group B beta hemolytic streptococcus, dan trichomonas vaginalis akan menimbulkan infeksi ketika ketuban pecah

dini. Patogen ini sering dijumpai di cairan ketuban. Patogen ini membuka mediator inflamasi, sehingga menimbulkan kontraksi uterus. Hal ini bisa menimbulkan selaput ketuban pecah, perubahan dan awal serviks terbuka, serta tekanan intraamniotik yang bertambah dan refleks. Selain itu, refleks mengejan, yang sering terjadi pada kontraksi uterus preterm sebelum tiga puluh tujuh minggu, dapat terjadi. Dan adanya peningkatan sitosin lokal dari kolonisasi mikroba atau ketidakseimbangan TMP dan MMP dapat menimbulkan ketuban pecah dini. (Andalas, 2019)

E. Pathway (Gahwagi MMM, Busarira MO, 2015) (PPNI, 2017)



F. Penatalaksanaan

Rekomendasi medis pada ketuban pecah dini yaitu meliputi:

(Ratnawati, 2017)

- a. Pasien ketuban pecah dini harus dibawa ke rumah sakit jika kehamilannya aterm atau preterm dan tidak ada komplikasi.
- b. Apabila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu harus dirujuk dengan panggul lebih tinggi dari badannya, atau bersujud.
- c. Jika kepala janin perlu didorong ke atas menggunakan dua jari agar tidak menekan tali pusat, berikan antibiotik.
- d. Jika ada demam atau tanda-tanda infeksi saat dirujuk atau KPD lebih dari enam jam, berikan antibiotik.
- e. Jika keluarga ibu menolak dirujuk, ibu harus berbaring miring.
- f. Tindakan konservatif meliputi tirah birang dan terapi sedatif, antibiotik, dan tokolisis dilakukan pada kehamilan kurang pada 32 minggu.
- g. Pada kehamilan 33-35 minggu, tindakan konservatif dilakukan selama 24 jam sebelum induksi persalinan.
- h. Apabila ada his pada kehamilan lebih 36 minggu, pimpin meneran dan akselerasi untuk mengenali inersia uteri.
- i. Apabila tidak ada his, induksi persalinan dilakukan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5, atau semisal ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5.
- j. Semisal terjadi infeksi, pada kehamilan dapat dilakukan:

- 1) Induksi: Stimulasi yang dilakukan untuk mendesak kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi itulah tujuan dari induksi.
- 2) Persalinan normal atau pervaginam: Persalinan normal berlangsung secara alami dengan kontraksi rahim ibu dan terjadi pembukaan agar bayi keluar.
- 3) Sectio caesarea, melahirkan janin dari dalam rahim dengan sayatan pada dinding uterus melewati dinding depan perut.

Penatalaksanaan non medis yaitu:

Intervensi: Pemberian edukasi nutrisi pada ibu hamil dengan indikasi ketuban pecah dini yaitu dengan pemberian edukasi melalui media leaflet yang dimana berisi tentang nutrisi apa saja yang harus dipenuhi oleh ibu hamil terutama makanan yang bergizi dan tinggi serat yang bermanfaat bagi ibu dan janin agar terhindar dari risiko infeksi saat dalam kandungan maupaun pasca melahirkan, diharapkan setelah pemberian edukasi ini ibu menjadi lebih paham dan menambah wawasan dalam proses kehamilan.

2. KONSEP KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Berikut ini adalah pengkajian pada ibu yang baru melahirkan:

(Erin Sagita, 2019)

1. Identitas Klien

Semua informasi berikut harus dimasukkan: nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status

pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor rm dan diagnosa medis, tanggal pengkajian, HPHT, HPL, dan jenis kelamin.

2. Keluhan Utama

Ibu yang baru melahirkan biasanya mengalami masalah utama seperti nyeri perut akibat keluarnya air jalan lahir, pusing, dan sakit pinggang.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang analisis data yang dilakukan untuk menentukan alasan persalinan dilakukan, dengan contoh ketuban pecah dini yang akan membuat pembuatan rencana tindakan untuk pasien. Sebelum persalinan, cairan pervagina keluar secara spontan, dan tidak ada tanda persalinan.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu mempelajari riwayat medis klien sebelumnya, termasuk penyakit lain yang mungkin berdampak pada penyakit saat ini, seperti diabetes melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abrotus, dan penyakit kelamin.

c. Riwayat Pernikahan

Seseorang harus melihat riwayat perkawinannya, termasuk usianya, lamanya pernikahan, berapa kali menikah, dan statusnya saat ini.

d. Riwayat Obsterti

Riwayat obstetrik meliputi riwayat kehamilan. sebelum dan sesudah melahirkan, berapa ibu hamil yang ditolong kelahiran, dimana ibu melahirkan, bagaimana cara melahirkan, jumlah anak atau melakukan aborsi.

e. Riwayat Persalinan

Ini mencakup informasi seperti tanggal lahir, metode kelahiran, durasi kelahiran, jenis kelamin dan keadaan bayi.

f. Riwayat KB

Riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah mengikuti program KB sebelumnya, jenis KB apa yang tersedia, apakah ada kendala atau kendala dalam penggunaan metode KB, dan metode persalinan setelah melahirkan. kontrol. Alat kontrasepsi akan diterapkan.

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga yang dapat menular kepada klien, seperti penyakit jantung, darah tinggi, TBC, diabetes, penyakit virus, aborsi.

4. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Aktivitas

Aktivitas klien dibatasi dan didukung oleh orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Karena pasien mudah lelah, pasien

dapat melakukan aktivitas sederhana seperti duduk di tempat tidur dan menyusui.

b. Pola Eliminasi

Pasien ibu hamil seringkali mengalami inkontinensia / urgensi urin. Kaji berapa kali ibu hamil BAK dan BAB dalam sehari.

c. Pola Istirahat dan Tidur

Apakah ada perubahan dalam istirahat dan tidur selama proses persalinan, pasien seringkali mengalami perubahan istirahat dan tidur akibat kehadiran bayi.

d. Pola Hubungan dan Peran

Klien akan menjadi ibu yang baik dan istri yang baik bagi suaminya.

e. Pola Penanggulangan Stress

Klien khawatir dia tidak akan mampu mengasuh anaknya sendiri. Oleh karena itu, klien harus mempunyai teman, pasangan atau orang tua.

f. Pola Sensori Kognitis

Pada pola sensori kognitis. Klien mengalami nyeri perut setelah lahir.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa dirinya tidak lagi seperti sebelum hamil. Klien telah mengalami perubahan preferensi saat melahirkan.

h. Pola Reproduksi dan Sosial

Akibat proses melahirkan dan rasa sakit tersebut, terjadi perubahan jenis kelamin atau fungsi seksual.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda – Tanda vital

Apabila terjadi pendarahan pasca melahirkan, tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, dan suhu tubuh turun.

b. Kepala

Meliputi bentuk kepala, warna, kebersihan, dan benjolan atau tidak.

c. Hidung

Adanya polip atau tidak, dan apakah terkadang terjadi pernafasan cuping hidung setelah persalinan.

d. Mata dan telinga

Kaji jika mulut kotor atau bersih, mukosa bibir basah atau kering.

e. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid dapat ditemukan atau tidak saat dipalpasi.

f. Thorax

1) Payudara

Inspeksi: puting susu menonjol, air susu tidak lancar, areola hitam kecoklatan, dan payudara simetris, kiri dan kanan.

Palpasi: ada / tidak nyeri tekan, ada / ada tidak teraba massa.

Perkusi: redup / sonor.

Auskultasi: suara nafas vesikuler/ ronkhi / wheezing.

2) Paru-Paru

Inspeksi: simetris / tidak kiri dan kanan, ada / tidak terlihat pembengkakan.

Palpasi: ada / tidak nyeri tekan, ada / tidak teraba massa.

Perkusi: redup / sonor.

Auskultasi: suara nafas vesikuler/ ronkhi / wheezing.

3) Jantung

Inspeksi: ictus cordis teraba / tidak.

Palpasi: ictus cordis teraba / tidak.

Perkusi: redup atau timpani.

Auskultasi: bunyi jantung lup dup.

4) Abdomen

Inspeksi: simetris, terdapat striae, linea alba.

Auskultasi: suara bising usus normal 12x/menit.

Palpasi: tidak ada.

Perkusi: suara timpani.

5) Genetalia

Ada kemungkinan bahwa anak dalam kandungan mengeluarkan darah bercampur lendir dan air ketuban, serta mekonium, yaitu feses yang dibentuk janin.

6) Ekstremitas

Periksa edema untuk mengidentifikasi kelainan yang terkait dengan pembesaran uterus, preeklamsia, penyakit jantung, atau penyakit ginjal.

B. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077).
 - 2) Risiko infeksi b.d ketuban pecah sebelum waktunya (D.0142).
 - 3) Ansietas b.d khawatir dengan kondisi yang dialaminya (D.0080).
- (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017a)

C. Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. (D.0077)

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri hilang dengan kriteria hasil:

1. Keluhan nyeri menurun.
2. Sikap protektif menurun.
3. Gelisah menurun.
4. Kesulitan tidur menurun.

Intervensi

1. Observasi
 - a. Identifikasi adanya lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
 - b. Identifikasi berapa skala nyeri.
 - c. Identifikasi respon non verbal.

- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang diberikan.
- h. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

2. Terapeutik

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri.
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur.
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

3. Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- d. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

4. Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. (D.0142).

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil:

1. Demam menurun.
2. Kemerahan menurun.
3. Nyeri menurun.
4. Bengkak menurun.

Intervensi

1. Observasi
 - a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
2. Terapeutik
 - a. Batasi jumlah pengunjung.
 - b. Berikan perawatan kulit pada area edema.
 - c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
3. Edukasi
 - a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - b. Ajarkan cuci tangan secara benar.
 - c. Ajarkan teknik batuk.
 - d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
 - e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
 - f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
4. Kolaborasi
 - a. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.
 - c. Ansietas berhubungan dengan kondisi yang dialami (D.0080).

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kecemasan berkurang dengan kriteria hasil:

1. Verbalisasi kebingungan menurun.
2. Perilaku gelisah menurun.
3. Perilaku tegang menurun.

Intervensi

1. Observasi
 - a. Identifikasi saat ansietas berubah.
 - b. Identifikasi kemampuan untuk mengambil keputusan.
 - c. Monitor tanda-tanda ansietas.
2. Terapeutik
 - a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
 - b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan.
 - c. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.
 - d. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan.
 - e. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.
 - f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.
 - g. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.
3. Edukasi
 - a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.

- b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.
 - c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama.
 - d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif.
 - e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.
 - f. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.
 - g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.
 - h. Latih teknik relaksasi.
4. Kolaborasi
- a. Kolaborasi pemberian obat antlasietas, jika perlu.

(Tim pokja SLKI DDP PPNI, 2017a)

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah memulai rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Rencana tindakan dibuat dan ditunjukkan pada order perawatan sebelum tahap implementasi dimulai. Rencana ini dimaksudkan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, seperti meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, pemulihan kesehatan, dan membantu coping. Pendekatan tindakan keperawatan terdiri dari independent (tindakan yang dilakukan oleh perawat sendiri tanpa perintah dokter atau tenaga kesehatan lainnya), dependent (tindakan yang bergantung pada pelaksanaan rencana tindakan medis) dan interdependent (tindakan yang

membutuhkan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, seperti tenaga sosial, ahli gizi, fisioter, dll.).

(Safitri, 2019)

F. Evaluasi Keperawatan

Dengan menggunakan kriteria hasil yang telah ditetapkan, evaluasi adalah tindakan intelektual yang dilakukan untuk menilai keberhasilan diagnosa, rencana tindakan, dan implementasi keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengetahui seberapa baik pasien dapat mencapai tujuan tersebut, yang akan membantu perawat membuat keputusan apakah melanjutkan tindakan, mengubah, atau melakukan intervensi.

Ada dua jenis evaluasi:

1. evaluasi formatif berfokus pada perubahan dalam aktivitas proses keperawatan.
2. evaluasi sumatif berfokus pada perubahan dalam perilaku atau status kesehatan klien setelah tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan SOAP.

1. Subjektif (S) adalah pernyataan dan keluhan yang dirasakan pasien.

2. Objektive (O) adalah data yang dilihat perawat atau keluarga.

3. Analys (A) adalah kesimpulan dari hasil Subjektif dan Objektive.

4. Planning (P) adalah rencana untuk tindakan apa yang akan dilakukan setelah analisis.

(Santoso, D., Cahyani, E. D., & Murniati, 2022)



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh penulis pada hari Minggu 11 Februari 2024 pukul 18.00 wib di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang.

I. Data Umum

a. Identitas Klien

Nama klien adalah Ny. N, berumur 23 tahun, Alamat Deles, Purwosari, Sayung RT 02/05, beragama Islam, suku bangsa Indonesia, status pernikahan menikah, Pendidikan terakhir SMA.

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama penanggung jawab Tn. S berumur 23 tahun, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir sma, hubungan dengan pasien adalah suami.

II. Data Umum Kesehatan

a. Status Kesehatan saat ini

Klien datang ke rumah sakit mengeluh kencing-kencing di area perut dan ada rembesan air yang keluar dari vagina, klien merasa nyeri dibagian perut dan merasa sedikit cemas. Kemudian jam 18.00 keluar air ketuban tetapi klien tidak menyadari jika itu air ketuban, kemudian klien datang ke puskesmas dan dirujuk ke rumah sakit islam sultan agung semarang.

b. Keluhan saat ini

Klien mengatakan badannya lemas saat selesai melahirkan, dan aktivitas klien masih dibantu oleh suami. Air susu klien sudah keluar tetapi masih sedikit.

c. Riwayat Kesehatan yang lalu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang begitu serius hanya batuk, pilek dan panas. Klien mengatakan belum pernah kecelakaan. Klien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.

d. Pemeriksaan umum

Tinggi badan klien 152 cm, bb 58 kg, bb sebelumnya 48 kg. Klien tidak memiliki masalah dalam kesehatannya, klien tidak mengonsumsi obat-obatan yang khusus, tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan, makanan dan bahan tertentu lainnya, klien mengatakan tidak melakukan diet khusus, tidak memakai alat bantu dengar, kaca mata ataupun lensa kontak, dan gigi tiruan, frekuensi BAK tidak ada perubahan 8x sehari dan tidak ada keluhan BAK, frekuensi BAB tidak ada perubahan, sehari 1 kali, jam tidak menentu, tidak menggunakan obat pencahar, yang dilakukan ibu untuk melancarkan BAB dengan mengonsumsi makanan yang tepat seperti sayuran, nasi dan minum air putih 2 liter setiap hari, klien tidur kurang dari 5 jam sehari karena kurang nyaman dengan posisi tidur.

III. Data Umum

Klien mengatakan kehamilan sekarang dinantikan dan tentu saja direncanakan, status obstetrik P1A0 dengan usia kehamilan 36 minggu, hari perkiraan haid terakhir (HPHT) tanggal 15 Mei 2023 taksiran partus (HPL) 22 Februari 2024, jumlah anak tidak ada karena ini kelahiran anak pertama klien, klien mengatakan tidak akan mengikuti kelas prenatal

Klien selalu mengecek kandungannya setiap satu bulan sekali di puskesmas terdekat dirumahnya. Masalah kehamilan sekarang adalah hamil 36 minggu dengan pengeluaran cairan melalui vagina toucher dan rencana kb klien mengatakan akan menggunakan kb suntik dikarenakan kb yang lain tidak direkomendasikan oleh dokter.

IV. Riwayat Kesehatan Sekarang

Awalnya mula terjadinya persalinan ketika klien mengatakan kenceng-kenceng pada tanggal 11 Februari 2024 jam 17.40 wib dengan kondisi vagina toucher (vt) 3 cm, keadaan kontraksi (pada tanggal 11 Februari 2024), dimulai dari jam 17.45 wib his 15 menit 29 detik, b 7 menit 29 detik, tanggal 12 Februari 2024 jam 00.00 wib his 7 menit 20 detik, jam 18.10 wib 5 menit 30 detik, jam 18.20 wib vagina toucher pembukaan 9 cm keluar ketuban bidang hodge porsio/letak mulut rahim III, jam 20.45 wib, bayi baru lahir spontan dengan jenis kelamin perempuan, bb lahir 2700 kg, panjang badan 48 cm, plasenta lahir spontan lengkap, perineum laserasi grade II heacting selonjor

pendarahan kurang lebih 100 cc, kontraksi keras, frekuensi dan kualitas denyut jantung janin (pada tanggal 11 Februari 2024 dimulai dari jam 17.00 wib DJJ 120x menit, jam 17.15 wib DJJ 120x menit, 17.30 wib DJJ 124x menit.

V. Pemeriksaan Fisik

Berat badan ibu naik selama kehamilan 10kg, tanda-tanda vital meliputi (tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 84 x menit. Suhu 36,5°C, Respiratory Rate 22 x menit, kepala berbentuk oval, rambut bergelombang, warna hitam, kebersihan bersih tidak ada rontok, leher (tidak ada masalah), jantung (inspeksi simetris, palpasi ieus cordis teraba di ics 5, perkusi pekak konfigurasi jantung dalam batas normal, auskultasi bunyi jantung normal), paru-paru (inspeksi bentuk dada simetris tidak ada pembengkakan dan luka, palpasi tidak ada nyeri saat ditekan pergerakan dinding dada teraba, perkusi terdengar bunyi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler dan tidak ada nafas tambahan), abdomen (inspeksi tidak ada edema tidak ada lesi perut membuncit), auskultasi terdengar suara denyut jantung janin, perkusi kuadran 1 pekak, palpasi perut terasa atas bawah (kekuatan otot kaki kanan dan kiri normal, rentang gerak normal, akral hangat, edema tidak ada, crt kembali dalam 2 detik, keluhan tidak ada).

VI. Pemeriksaan Penunjang

HEMATOLOGI

Pemeriksaan Darah Rutin

Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hemoglobin	13,3	11,7-15,5	g/dL
Hematokrit	39,4	33,0 – 45,0	%
Leukosit	H 14,06	3,60 – 11,0	Ribu/mikroL
Trombosit	300	150 - 440	Ribu/mikroL
APTT	24,5	21,8-28,4	Detik
APTT Kontrol	26,8	20,4-27,6	Detik

Kimia Klinik

Glukosa Darah Sewaktu	105	<200
HbsAg	0.00	Non reaktif

Obat yang diberikan yaitu

- 1) Ceprizom 2x1
- 2) Cefadoirmo 2x500
- 3) Methglergo 3x1
- 4) Asam mefaranol 3x1
- 5) Fermia 1x1
- 6) Vit A 2x1
- 7) Oksitosin 1A
- 8) Infus Rl

VII. Data Psikososial

Klien mengatakan penghasilannya setiap bulan adalah 4.000.000, Klien merasa senang dan sangat bersyukur telah dikaruniai putri yang cantik dan sehat, lalu suami klien merasa beruntung telah dikaruniai bayi perempuan yang cantik.

VIII. Laporan Persalinan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Februari 2024 jam 19.40 wib, mendapatkan data yaitu tanda-tanda vital (tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80 x menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x menit, untuk pemeriksaan abdomen terasa keras, tidak ada lesi dan kemerahan, hasil pemeriksaan vt 1 cm, klien mengatakan perineum sakit saat his/kontraksi, klien tidak dilakukan huknah, klien mengeluarkan bayinya melalui pervagina, pendarahan pervagina kurang lebih 100 cc konsentrasi cair, darah berwarna merah segar dan tidak ada gumpalan.

a. BAYI

Bayi lahir pada tanggal 11 Februari 2024 pada jam 20.45. jenis kelamin perempuan dengan berat badan 2700kg, tinggi badan 48 cm, karakteristik bayi sehat, lila 11cm lingkar dada 33 cm, tidak ada capcut suksedeum dan cepahmatoma, suhu bayi 36,5' C, ada anusnya, dilakukan perawatan tali pusar dan perawatan mata oleh perawat, dan nilai apgar 8-9-10.

0	1	2	Apgar score	1 menit	5 menit	10 menit
Pucat	Merah jambu ujung biru	Merah	Warna kulit	0	1	2
Tidak ada	<100	>100	Denyut jantung	2	2	2
Tidak ada	Meringis	Menangis	Peka rangsangan	2	2	2
Lemah	Sedang	Baik	Tonus otot	2	2	2
Tidak ada	Tidak teratur	Baik	Pernafasan	2	2	2
			Jumlah	8	9	10

B. Analisa Data

Pada hari Minggu tanggal 11 Februari 2024 penulis mendapatkan data subjektif yang pertama yaitu klien mengatakan kenceng-kenceng dan ada rembesan air yang keluar dari jalan lahir, klien mengatakan nyeri dibagian perut menjalar kepinggang, penyebab nyeri karena kontraksi perut, quality terasa seperti kempranyas, radiasi terasa diarea perut bawah menjalar, skala 8, time hilang timbul selama 2 menit. Sedangkan data objektif yang ditemukan adalah klien tampak meringis, tekanan darah 142/92 mmhg, nadi 103x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 20x/menit, his 15 menit 20 detik. Dengan pertimbangan dari data subjektif dan objektif yang ditemukan penulis, didapatkan problem nyeri akut dan etiologi agen pencedera fisik.

Kemudian data fokus kedua yang didapatkan penulis adalah data subjektif klien mengatakan mengeluarkan rembesan air ketuban keluar. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah tampak terdapat flek berwarna merah dan tampak terdapat varises pada vagina kiri. Dari masalah diatas dapat ditemukan problem risiko infeksi dan etiologi ketuban pecah sebelum waktunya.

Kemudian data fokus ketiga yang didapatkan penulis adalah data subjektif klien merasa takut jika keadaannya tersebut membahayakan janinnya, klien merasa khawatir karena ada rembesan air yang keluar dari jalan lahir. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah klien tampak lemah, gelisah dan tegang. Dari masalah diatas dapat ditemukan problem ansietas dan etiologi khawatir dengan kondisi yang dialaminya.

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dari kasus ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dihubungkan dengan klien mengeluh kencengkenceng dan terasa nyeri dari perut bawah yang menjalar ke punggung dan juga diagnosa yang kedua risiko infeksi yang berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya dengan klien mengatakan ada rembesan air pada jalan lahir, dan diagnosa yang ketiga ansietas yang berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialaminya dengan klien mengatakan takut akan kondisinya tersebut membahayakan janinnya.

D. Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada hari Minggu tanggal 11 Februari 2024 jam 18.00 wib, telah disusun intervensi keperawatan sebagai tindakan lanjutan asuhan keperawatan pada Ny. N berdasarkan planing yang sudah dilakukan. Diagnosa pertama yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**. Tujuan yang telah ditetapkan yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan nyeri diperut bawah menurun. Dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun menjadi 2, sikap protektif menurun, gelisah menurun,kesulitan tidur menurun. Dengan planing : identifikasi lokasi nyeri, identifikasi pengetahuan tentang nyeri, berikan teknik non farmakologis, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, anjurkan memonitor nyeri mandiri.

Kemudian diagnosa kedua yaitu **Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya**. Tujuan yang telah ditetapkan yaitu setelah tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan status tingkat infeksi pasien menurun. Dengan kriteria hasil: demam menurun, nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik. Dengan planing: monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Kemudian diagnosa yang ketiga yaitu: **Ansietas berhubungan dengan kondisi yang dialaminya**. Tujuan yang telah ditetapkan yaitu setelah tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun. Dengan kriteria hasil: gelisah menurun, tekanan darah membaik.

Dengan planing: identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, Waktu, Stresor). Identifikasi kemampuan mengambil keputusan. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal). Pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, latih teknik relaksasi.

E. Implementasi keperawatan

Telah disusun intervensi berdasarkan masalah, kemudian dilakukan implementasi sebagai tindakan lanjutan dari masalah asuhan keperawatan pada Ny. N, adapun implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah klien yaitu : implementasi yang pertama dengan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Telah dilakukan implementasi pada hari Minggu 11 Februari 2024 sebagai berikut : pukul 18.20 wib mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon subjektif : klien mengatakan kencengkeng, ada rembesan air yang keluar pada jalan lahir dan terasa nyeri dibagian perut yang menjalar ke punggung dan data objektif : klien setuju untuk dikaji, klien tampak tidur miring kekanan sambil memegang punggung, klien tampak meringis, bersikap waspada, gelisah, terlihat

berfokus pada dirinya, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit, penyebab nyeri karena kontraksi perut, quality terasa kempranyas, radiasi terasa di area perut bawah menjalar ke pinggang, skala 5, time hilang timbul selama 2 menit, his 15 menit 20 detik, djj 120 x/menit, vagina tube telah membuka 1cm. Pukul 18.30 mengidentifikasi penyebab nyeri dengan respon subjektif : klien mengatakan penyebab dari persalinan, respon obyektif : klien terlihat cemas dan menahan rasa nyeri. Pukul 18.40 wib mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (meningkatkan suhu ac supaya sejuk) dengan respon subjektif : klien setuju di tingkatkan acnya respon obyektif : klien tampak kepanasan dan sekarang sudah lebih sejuk. Pukul 18.45 wib memberikan teknik non farmakologis (tarik nafas dalam sambil beristiqfar) dengan respon subjektif : klien mengatakan setuju diberikan terapi tarik nafas dalam dan beristigfar, respon obyektif : klien tampak merasakan sensasi relaksasi. Pukul 18.50 menganjurkan memonitor nyeri mandiri dengan respon subjektif : klien setuju untuk memonitor nyeri mandiri, dengan respon obyektif : klien mengulangi tarik nafas dalam saat nyeri kambuh.

Pada hari Senin tanggal 12 Februari 2024 telah dilakukan implementasi sebagai berikut : Pukul 18.00 wib memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan respon subjektif : klien mengatakan mengeluarkan flek berwarna merah dan keluar air rembesan pada jalan lahir sedangkan respon obyektif : klien setuju diidentifikasi. Tampak terdapat flek merah dan terdapat varises pada vagina bagian kiri, tekanan darah 115/70 mmhg, nadi

76x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit, dari hasil pemeriksaan darah rutin hasil leukosit pasien yaitu 14,06 mgl. Pukul 18.10 menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektif : pasien mengatakan belum paham tentang tanda dan gejala infeksi dan respon obyektif : pasien tampak mendengarkan penjelasan dan kooperatif dengan melakukan kontak mata. Pukul 18.15 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi (dengan pemberian edukasi nutrisi) dengan respon subjektif : pasien belum mengetahui apa saja nutrisi pada ibu hamil dengan respon obyektif : pasien tampak mendengarkan penjelasan dengan baik. Pukul 18.20 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi secara mandiri dengan respon subjektif : klien setuju untuk meningkatkan asupan nutrisi secara mandiri, respon obyektif : klien mengkonsumsi makanan yang tinggi vitamin A dan vitamin C dan protein, seperti makan buah dan sayur.

Pada hari Selasa 13 Februari 2024 telah dilakukan implementasi sebagai berikut : Pukul 19.00 menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan (berbicara dengan lembut dan sopan) dengan respon subjektif : klien setuju diajak berbincang dan respon obyektif : klien menjawab setiap pertanyaan. Pukul 19.10 memonitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) dengan respon subjektif : pasien mengatakan takut jika keadaannya tersebut dapat membahayakan janinnya dan respon obyektif : pasien tampak lemah, tegang dan gelisah, tekanan darah 142/92 mmhg, nadi 103x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit. Pukul 19.30 memahami situasi yang membuat ansietas dengan mendengarkan penuh perhatian dengan respon

subjektif : pasien menceritakan apa yang membuat ia merasa takut/ cemas, terdapat air rembesan pada jalan lahir, ketuban sudah keluar dan respon obyektif : pasien terlihat tegang. Pukul 19.40 menganjurkan keluarga untuk tetap bersama dengan respon subjektif : klien mengatakan akan ditemani suaminya sampai bayi lahir dan respon obyektif klien terlihat ditemani oleh suaminya. Pukul 20.00 melatih kegiatan yaitu teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dengan tarik nafas dalam respon subjektif : klien tampak kooperatif dan respon obyektif : klien terlihat sedikit tenang. Pukul 20.10 wib memahami situasi yang membuat ansietas dengan penuh perhatian dengan respon subjektif : klien mengatakan bahwa anaknya sudah lahir dan respon obyektif : klien terlihat lebih lega dan bahagia. Pukul 20.20 wib monitor tanda tanda ansietas dengan respon subjektif : klien setuju dilakukan monitoring dan respon obyektif : klien tampak lebih lega. Pukul 20.30 wib dengan menganjurkan keluarga klien untuk tetap bersama klien dengan respon subjektif : klien mengatakan suaminya selalu bersamanya sampai saat ini sehingga klien bisa melalui semua dan respon obyektif : tampak suami disampingnya.

F. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang pertama yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** pada hari Minggu tanggal 11 Februari 2024 pukul 18.20 wib didapatkan hasil evaluasi. Data subyektif : klien mengatakan masih merasa kenceng-kenceng dan ada rembesan air yang keluar dari jalan lahir, klien mengatakan masih terasa nyeri dibagian perut bawah menjalar

kepinggang sedangkan data obyektif : klien tampak meringis, bersikap waspada, gelisah, terlihat berfokus pada dirinya, penyebab nyeri karena kontraksi perut, quality terasa seperti kempranyas, radiasi terasa diarea perut bawah menjalar, skala 5, time hilang timbul selama 2 menit. Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 83x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 20x/menit, his 15 menit 20 detik, djj 120 x/menit, vagina tube telah membuka 1cm. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi dengan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya dengan mempertahankan intervensi yang telah direncanakan adapun intervensi yang akan dilaksanakan identifikasi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, berikan teknik non farmakologis, anjurkan memonitor nyeri mandiri.

Pada hari Senin tanggal 12 Februari pukul 19.45 wib didapatkan hasil dari evaluasi. Data subjektif : klien mengatakan masih terasa kencang-kencang dan nyeri yang menjalar ke pinggang sedangkan data obyektif : klien tampak meringis, bersikap waspada, gelisah, terlihat berfokus pada dirinya, penyebab nyeri karena ada kontraksi perut, quality terasa seperti kempranyas, radiasi terasa diarea perut bawah menjalar, skala 4, time hilang timbul selama 2 menit, tekanan darah 115/70 mmhg, nadi 76x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit, his 7 menit 20 detik, djj 140x/menit, vagina tube telah membuka 2cm. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian dengan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya dengan mempertahankan

intervensi yang telah direncanakan adapun intervensi yang akan dilaksanakan identifikasi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, berikan teknik non farmakologis, anjurkan memonitor nyeri mandiri.

Pada hari Selasa tanggal 13 Februari pukul 08.00 wib didapatkan hasil dari evaluasi. Data subjektif : klien mengatakan tidak lagi merasakan kencengkeng tetapi terasa mules dengan data obyektif : klien tampak bahagia karena bayinya telah lahir dengan sehat, klien terlihat lemas, klien tampak senang, klien terlihat lega, tekanan darah 142/92 mmhg, nadi 103x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit, penyebab nyeri karena proses bersalin, quality terasa seperti mules, radiasi terasa diarea jalan lahir, skala 4 menjadi 3, time hilang timbul selama 3 menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah telah teratasi maka tindakan yang akan dilakukan pertahankan intervensi.

Evaluasi yang kedua **Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya** pada hari Minggu 11 Februari 2024 pukul 18.20 didapatkan hasil evaluasi. Data subjektif : klien mengatakan mengeluarkan flek berwarna merah dan keluar air rembesan pada jalan lahir dan data obyektif : tampak terdapat flek merah dan terdapat varises pada vagina bagian kiri, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit, dari hasil pemeriksaan darah rutin hasil leukosit pasien yaitu 14,06 mgl. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya belum teratasi tindakan yang akan dilakukan mempertahankan intervensi yang

dilaksanakan adapun intervensi yang dilaksanakan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Pada hari Senin tanggal 12 Februari 2024 pukul 19.00 didapatkan hasil evaluasi. Data subjektif : klien mengatakan mengeluarkan flek berwarna merah dan air ketuban sudah keluar dan data objektif : tampak sedikit flek merah dan terdapat varises pada vagina bagian kiri, hasil pemeriksaan darah rutin hasil leukosit pasien yaitu 14,06 mgl, tekanan darah 115/70 mmhg, nadi 76x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya teratasi sebagian tindakan yang akan dilakukan mempertahankan intervensi yang dilaksanakan adapun intervensi yang dilaksanakan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Pada hari Selasa tanggal 13 Februari 2024 pukul 08.00 wib didapatkan hasil evaluasi. Data subjektif : klien mengatakan tidak ada flek berwarna merah lagi, ketuban sudah keluar dengan data obyektif : klien tampak

bahagia karena bayinya telah lahir dengan sehat, klien terlihat lemas, klien tampak senang, klien terlihat lega, tekanan darah 142/92 mmhg, nadi 103x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya telah teratasi maka tindakan yang akan dilakukan pertahankan intervensi.

Evaluasi yang kedua **Anxietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami** pada hari Minggu tanggal 11 Februari 2024 didapatkan hasil evaluasi. Data subjektif : klien mengatakan takut jika keadaannya tersebut dapat membahayakan janinnya terdapat air rembesan pada jalan lahir dan respon obyektif : klien tampak lemah, tegang dan gelisah menunggu kelahiran buah hatinya, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas berhubungan dengan kondisi yang dialami belum teratasi tindakan yang akan dilakukan mempertahankan intervensi yang dilaksanakan adapun intervensi yang dilaksanakan yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, Waktu, Stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal), pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, latih teknik relaksasi.

Pada hari Senin tanggal 12 Februari 2024 didapatkan hasil evaluasi. Data subjektif : klien menceritakan apa yang membuat ia merasa takut/ cemas, terdapat air rembesan pada jalan lahir, ketuban sudah keluar dan respon obyektif : klien terlihat sedikit gelisah, tekanan darah 115/70 mmhg, nadi 76x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas berhubungan dengan kondisi yang dialami teratasi sebagian tindakan yang akan dilakukan mempertahankan intervensi yang dilaksanakan adapun intervensi yang dilaksanakan yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, Waktu, Stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal), pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, latih teknik relaksasi.

Pada hari Selasa tanggal 13 februari 2024 pukul 08.10 didapatkan hasil evaluasi. Data subjektif : klien mengatakan lebih lega dan tidak cemas lagi dengan data obyektif : klien terlihat bahagia karena bayinya sudah lahir dengan selamat, tekanan darah 142/92 mmhg, nadi 103x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami telah teratasi maka tindakan yang akan dilakukan pertahankan intervensi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Rancangan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah descriptive study. Penulis mengelola masalah Asuhan Keperawatan pada pasien ibu hamil dengan indikasi KPD (ketuban pecah dini) dengan menerapkan edukasi nutrisi.

B. Subjek Penelitian

Subjek studi kasus yang digunakan penulis adalah mengaplikasikan pada pasien ibu post partum dengan nama Ny. N yang berusia 23 tahun dan berjenis kelamin perempuan yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) saat menjalani perawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

C. Fokus Studi

Fokus studi yang digunakan oleh penulis adalah Asuhan Keperawatan mengatasi risiko infeksi pada pasien post partum dengan indikasi KPD (Ketuban Pecah Dini).

D. Definisi Operasional

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konsep diatas maka definisi operasional dalam penelitian sebagai berikut:

Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Hasil Uji
Edukasi Nutrisi	Edukasi Nutrisi dengan cara pemberian edukasi nutrisi melalui media leaflet. Yang berisi tentang materi nutrisi yang harus ibu hamil penuhi.	Protokol atau panduan pemberian edukasi nutrisi.	Dilakukan

E. Instrumen Studi Kasus

Pada kasus ini instrument yang digunakan adalah format pengkajian Asuhan Keperawatan Maternitas Dorothea Orem.

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah adalah sebagai berikut:

1. Prosedur Administratif
 - a. Membuat surat permohonan ijin melakukan studi kasus dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang ditunjukkan kepada pihak bagian Diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
 - b. Setelah mendapatkan ijin dari pihak bagian Diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis menemui penanggung jawab ruangan, yaitu ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan

Agung Semarang untuk mengajukan permohonan studi kasus yang akan dilakukan oleh penulis selama 3 hari.

- c. Setelah mendapatkan ijin dari pihak penanggung jawab ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis memilih pasien sesuai dengan kriteria karakteristik responden yaitu pasien ibu hamil usia 23 tahun yang akan melahirkan dengan indikasi KPD (Ketuban Pecah Dini) saat dirawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Prosedur Teknis

a. Tahap Persiapan

Penulis melakukan persiapan dengan memastikan semua alat sudah siap dan intervensi yang akan digunakan dalam pengambilan data studi kasus sudah tersusun sebelum ke responden.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Penulis terlebih dahulu menjelaskan tujuan studi kasus dan meminta ijin kepada pasien dan keluarga untuk menjadikan pasien sebagai subjek studi kasus / responden. Penulis akan menerapkan asuhan keperawatan kepada responden selama 3 hari. Pasien dan keluarga berhak menyetujui atau menolak untuk dijadikan responden dengan mengisi lembar yang telah disiapkan oleh penulis yaitu *informed consent*.

- 2) Apabila pasien dan keluarga menyetujui untuk dijadikan responden, maka penulis dapat membuat proses pengumpulan data dengan metode wawancara dan observasi langsung terhadap pasien dan keluarga.
- 3) Setelah itu penulis melakukan kontrak waktu, tempat, dan persetujuan untuk melakukan implementasi Asuhan Keperawatan kepada responden.
- 4) Melakukan intervensi kepada responden sesuai dengan prosedur edukasi nutrisi.
 - a) Tahap Pra Interaksi
 - (1) Mengecek program terapi.
 - (2) Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - (3) Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
 - b) Tahap Orientasi
 - (1) Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - (2) Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - (3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - (4) Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama dengan pasien / keluarga.
 - c) Tahap Kerja
 - (1) Menjaga privasi.

- (2) Mengajak pasien membaca basamllah.
 - (3) Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai dengan kondisi pasien.
 - (4) Memberikan edukasi kepada pasien.
- d) Tahap Terminasi
- (1) Melakukan evaluasi dan menyampaikan hasil pengkajian yang dilakukan.
 - (2) Menyampaikan rencana tindak lanjut.
 - (3) Merapikan pasien dan lingkungan.
 - (4) Mengajak pasien membaca Hamdalah.
 - (5) Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - (6) Membersihkan dan merapikan alat.
 - (7) Mencuci tangan.
 - (8) Mencatat di lembar catatan keperawatan.

G. Lokasi Dan Waktu Peneliatan

Pada studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pada tanggal 11 Februari s.d 13 Februari 2024.

H. Analisa Data dan Penyajian Data

Analisa data pada literatur review yaitu data yang dikumpulkan sesuai dengan kriteria inklusi dikaitkan dengan konsep teori, prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah keperawatan.

Penyajian data dalam penerapan Studi kasus ini, penulis menyajikan data secara tekstual / narasi yang disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukungnya.

I. Etika Studi Kasus

Masalah studi dalam keperawatan merupakan yang sangat penting mengingat studi kasus akan berhubungan langsung dengan manusia. Maka segi etika studi kasus harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi studi kasus dengan melakukan masalah etika, meliputi:

1. Lembar persetujuan responden

Informed consent diberikan kepada responden sebelum dilakukan studi kasus. Jika bersedia responden harus menandatangani lembar persetujuan. Akan tetapi responden menolak maka penulis tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama

Untuk menjaga kerahasiaan, penulis tidak mencantumkan nama responden tetapi namanya harus ditulis dengan inisial.

3. Kerahasiaan

Penulis menjamin kerahasiaan hasil studi kasus, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Hasil studi kasus ini disimpan oleh penulis dan akan dimusnahkan apabila keseluruhan proses studi kasus telah selesai.

4. Self determinon

Responden diberikan kebebasan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan studi kasus yang akan dilakukan oleh penulis.

5. Protection from discomfort

Responden bebas dari rasa tidak nyaman. Penulis menekankan bahwa apabila responden merasa tidak aman dan nyaman dalam menyampaikan informasi menimbulkan gejala psikologis maka kepada responden dapat dianjurkan untuk memilih menghentikan ataupun tetap berpartisipasi untuk menjadi responden.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Penulis membahas hasil analisa kasus dari Implementasi Keperawatan Post Partum Pada Ny. N Dengan KPD (Ketuban pecah dini) di Ruang VK Sultan Agung Semarang yang telah disesuaikan dengan teori penulis. Implementasi Keperawatan Post Partum Pada Ny. N Dengan KPD (Ketuban pecah dini) Telah Dikelola selama 3 x shift pada tanggal 11 Februari-13 Februari. Penulis akan membahas terkait kekurangan dan hambatan yang didapatkan oleh penulis selama pemberian Implementasi Keperawatan Post Partum Pada Ny. N Dengan KPD (Ketuban pecah dini) dengan tetap memberikan aspek terhadap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian adalah proses pengambilan data yang dilakukan pertama kali oleh perawat ketika pasien masuk di rumah sakit. Komponen yang paling utama dalam pengkajian adalah pengumpulan masa lalu dan masa kini untuk membuat data penilaian yang akurat bagi pasien. Pengumpulan data bisa melalui pemeriksaan fisik, observasi, wawancara dari pasien, bisa juga dari keluarga pasien yang memberikan respons atau laporan, tim dari pelayanan kesehatan yang merawat, informasi dari rekam medis atau (RM). Pengkajian harus dilakukan secara tepat yang berkaitan dengan aspek psikologis, biologis, sosial maupun spiritual pasien (Perry, A. G., & Potter, 2019).

Dalam pemberian judul penulis, mengangkat judul Implementasi Edukasi Nutrisi Pada Ibu Post Partum Dengan KPD di Ruang VK Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Saat melakukan wawancara, observasi / pengamatan dan pemeriksaan fisik Penulis tidak mengalami kesulitan. Dikarenakan pasien kooperatif dan juga terbuka dalam menyampaikan informasi kedalam Penulis.

B. DIAGNOSA

Diagnosa keperawatan adalah sebuah penilaian klinis tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan yang dilaluinya, baik itu potensial atau aktual. Yang bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara individu, kelompok, keluarga mengenai sebuah situasi yang memiliki kaitan dengan masalah kesehatan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017b).

Berdasarkan hal tersebut penulis dapat menentukan dan menegakkan 3 diagnosa berikut:

1. Diagnosa yang muncul

Berdasarkan penilaian yang diperoleh, penulis menetapkan diagnosis pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Nyeri akut merupakan suatu proses sensori dan emotional yang membuat ketidaknyamanan dapat terjadi akibat rusaknya jaringan baik potensial maupun aktual. Yang dapat terjadi secara cepat ataupun lama dengan skala yang berbeda-beda, hal ini dapat diatasi dan diprediksi

berakhirnya suatu nyeri tersebut. Nyeri akut ini terjadi kurang dari tiga bulan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017b).

Penulis menegakkan diagnosa ini karena pasien mengatakan kenceng-kenceng, ada rembesan air di jalan lahir/ vagina, terasa nyeri dibagian perut bawah menjalar ke pinggang, sedangkan data objektif yang ditemukan perawat adalah klien setuju untuk dikaji, klien tampak tidur miring kekanan sambil memegang punggung, klien tampak meringis, bersikap waspada, gelisah, terlihat berfokus pada dirinya, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22x/menit, penyebab nyeri karena kontraksi perut, quality terasa kempranyas, radiasi terasa diarea perut bawah menjalar ke pinggang, skala 5, time hilang timbul selama 2 menit, his 15 menit 20 detik, djj 120 x/menit, vagina tube telah membuka 1cm. Pengambilan diagnosis sudah cocok karena dari pengkajian didapatkan klien tampak meringis, gelisah, berfokus pada diri sendiri, dan ada kontraksi his. Sehingga sudah memenuhi syarat untuk mengangkat diagnosa dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Rasa sakit yang muncul saat tubuh melakukan fungsi dasar untuk mengeluarkan bayi disebut nyeri persalinan. Rasa sakit ini dimulai di punggung dan kemudian menyebar ke perut bagian bawah menjalar ke pinggang. Tahap kehamilan ini sangat berbeda karena kontraksi uterus, yang melebarkan rongga serviks dan mendorong janin melalui jalan lahir. Proses persalinan dikenal sebagai nyeri persalinan karena

kontraksi miometrium yang terjadi selama persalinan dapat menyebabkan rasa sakit. Nyeri saat persalinan yang disertai dengan kontraksi uterus, gerakan yang dilakukan rahim untuk mendorong bayi keluar (Fatmawati, 2017).

Sedangkan untuk diagnosa yang kedua yaitu resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. Menurut SDKI 2017 risiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017b). Mikroorganisme menyebar melalui kulit yang kotor, atau bahkan dari udara yang kotor. Setelah kuman berhasil masuk melalui luka, kemudian terjadilah infeksi yang ditandai dengan nyeri, kemerahan, panas pada area luka, dan peningkatan kadar leukosit (Suzanne, C., Smeltzer, Brenda, & G, 2019).

Kemudian penulis menegakkan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya dengan data subjektif pasien mengatakan mengeluarkan air rembesan dari jalan lahir, terdapat flek berwarna merah dan air ketuban keluar. Data objektif tampak terdapat flek warna merah dan tampak terdapat varises pada vagina kiri dan dari hasil pemeriksaan darah rutin hasil leukosit pasien yaitu 14,06 mgl. Pengambilan diagnosis sudah cocok karena dari pengkajian didapatkan klien mengatakan keluar air rembesan pada jalan lahir, terdapat flek berwarna merah, terdapat varises pada vagina bagian kiri dan dari hasil pemeriksaan darah rutin leukosit pasien tinggi dengan hasil yaitu 14,06

mgl. Sehingga sudah memenuhi untuk mengangkat diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya.

Sedangkan untuk diagnosa yang ketiga yaitu Ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami. Ansietas adalah sebuah kondisi emosional dari pengalaman langsung yang dialami seseorang terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik karena bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017b). Ansietas adalah sebuah kejadian yang membuat emosional menjadi tidak menyenangkan sehingga menyebabkan kekhawatiran, ketegangan dan ketakutan yang dialami oleh manusia (Azisyah, A., Wahyuni, S., & Distinarista, 2019).

Kemudian penulis menegakkan diagnosa yang ketiga dengan ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami dengan data subjektif klien merasa takut jika keadaannya tersebut membahayakan janinnya. Data objektif klien tampak lemah, tegang dan gelisah, suhu 37°C, tekanan darah 142/92 mmHg, respiratory rate 22x/menit, nadi 103x/menit. Pengambilan diagnosis yang ketiga sudah tepat dengan kondisi yang Ny N alami.

Dari hasil observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik didapatkan diagnosa yang paling diprioritaskan adalah Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. Alasan mengapa memprioritaskan diagnosa ini, dikarenakan mendapatkan data subjektif

pasien mengatakan mengeluarkan air rembesan dari jalan lahir, terdapat flek berwarna merah dan air ketuban keluar. Data objektif tampak terdapat flek warna merah dan tampak terdapat varises pada vagina kiri dan dari hasil pemeriksaan darah rutin hasil leukosit pasien yaitu 14,06 mgl.

Adapun kekurangan dari penelitian penulis yaitu penulis tidak mengkaji pada bagian pemeriksaan fisik yaitu pada payudara pasien. Dan kekurangan dari diagnosa yang didapatkan yaitu hasil pengkajian pasien mengatakan kurang bisa tidur, tidur pasien hanya 5 jam sehari karena kurang nyaman dengan posisi tidur. Adapun diagnosa tersebut adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Penulis tidak mencantumkan diagnosa ini karena menurut penulis bukan suatu diagnosa prioritas.

C. INTERVENSI

Intervensi merupakan perencanaan atau langkah dari proses keperawatan dan panduan untuk melakukan pekerjaan yang didasari oleh ilmu dan penilaian secara klinis agar memenuhi outcome yang diinginkan dan diharapkan. Tingkah laku dan kegiatan yang spesifik dilakukan oleh perawat yang bertujuan melakukan implementasi keperawatan adalah tindakan keperawatan (PPNI, 2018)

Penulis menyusun intervensi dengan diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan nyeri perut akan

berkurang dengan kriteria outcome yaitu keluhan nyeri berkurang, penurunan sikap protektif, penurunan kecemasan, penurunan kesulitan tidur. Intervensi atau perencanaan yang telah dilakukan adalah identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi penyebab nyeri, mengidentifikasi pengetahuan tentang nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, merekomendasikan pemantauan nyeri mandiri. Dengan intervensi yang telah ditentukan penulis diharapkan klien dapat memonitor nyeri secara mandiri dan dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri berulang. (Tim pokja SLKI DDP PPNI, 2017b).

Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi ketidaknyaman nyeri persalinan adalah dengan memberikan terapi farmakologis dan nonfarmakologis, salah satu terapi atau metode keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat adalah dengan mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam. Teknik terapi nafas dalam merupakan teknik pereda nyeri yang digunakan oleh perawat untuk mengatasi nyeri. Manfaatnya adalah meminimalkan rasa takut, dapat mempertahankan komponen sistem saraf simpatis dalam keadaan homeostatis sehingga tidak terjadi peningkatan suplai darah dan mengurangi kecemasan sehingga ibu dapat beradaptasi dengan nyeri selama proses persalinan. (Sukarta, 2016)

Adapun intervensi kedua dengan intervensi Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. Dengan tujuan setelah tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat infeksi akan menurun.

Dengan kriteria verbalisasi demam menurun, nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik. Intervensi atau rencana yang telah dilakukan adalah memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, membatasi jumlah pengunjung, memberikan perawatan kulit pada daerah edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan peningkatan asupan nutrisi, anjurkan peningkatan asupan cairan, kolaborasi imunisasi. Dengan ditegakkan diagnosis diharapkan tingkat infeksi pada pasien menurun dengan tindakan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan pada risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, yang pertama memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, kemudian menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Terdapat tanda dan gejala lokal klasik dan inflamasi akut seperti panas (kalor), kemerahan (rubor), nyeri (dolor). Pembengkakan (tumor), inflamasi fungsi jaringan (functio laesa) akibat perluasan mediator dan kerusakan yang diperantai leukosit. (Imamah, dian lailatul, Astuti, ana puji, & Haryani, 2020). Prinsip-prinsip pencegahan infeksi dengan asumsi bahwa setiap orang dapat menularkan penyakit, setiap orang harus dianggap berisiko terinfeksi, setiap permukaan benda di sekitar kita, peralatan atau benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tidak utuh, lecet pada kulit, selaput lendir/ darah harus dianggap terkontaminasi. Jika

tidak diketahui apakah permukaan dan peralatan/benda lain yang diproses harus dianggap terkontaminasi, resiko infeksi tidak dapat sepenuhnya dihindari, tetapi dapat dikurangi seminimal mungkin dengan melakukan pencegahan infeksi yang tepat. Pengukuran. (Diana, S., Mail, E., & Rufaida, 2019).

Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah pencegahan infeksi yaitu tindakan mengidentifikasi dan menurunkan resiko terserang organisme patogenik. (SIKI PPNI, 2017).

Pencegahan infeksi lainnya dapat dilakukan dengan meningkatkan asupan makanan sehat yang kaya nutrisi seperti protein, vitamin A, C, kalium dan seng yang merupakan bahan bakar yang dibutuhkan untuk mendukung perbaikan jaringan pada fase penyembuhan luka dan meningkatkan imunitas untuk pencegahan infeksi. Makanan berenergi seperti sayuran berdaun hijau gelap, serta jahe, jamur, bit, dan yoghurt juga akan membantu tubuh menyembuhkan luka lebih cepat. (Taufik, M., & Hasibuan, 2018).

Faktor yang memengaruhi kesembuhan luka perineum yaitu perawatan perineum, kualitas tidur, senam nifas, nutrisi, jenis material jahitan, teknik melakukan penjahitan dan pemilihan waktu melakukan penjahitan. Kandungan protein akan sangat memengaruhi proses penyembuhan luka perineum. Jaringan yang rusak membutuhkan protein tinggi untuk proses regenerasi sel baru. Peran protein sebagai zat untuk blok pembangunan otot, jaringan tubuh, tetapi tidak dapat disimpan oleh tubuh, maka untuk tahap penyembuhan luka dibutuhkan asupan protein setiap hari. Makanan dengan

protein tinggi ini bisa didapat dari telur, baik telur ayam kampung, telur ayam ras maupun telur ayam broiler. Perlakuan yang paling baik pada telur yaitu dengan cara direbus sampai matang (Purnani, 2019).

Menurut (Rahmanindar, N., & Rizqoh, 2019) dalam proses masa postpartum seharusnya ibu mau meningkatkan sikap positif untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya selama nifas dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung nutrisi yang baik sehingga mempunyai status gizi yang baik. kekurangan protein yang disebabkan kurangnya nutrisi pada ibu postpartum akan menyebabkan terjadinya peningkatan kemampuan vasodilatasi dari pembuluh darah membentuk serabut bekuan pada tempat yang cidera.

Adapun intervensi ketiga dengan intervensi ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami dengan tujuan setelah tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan ansietas akan menurun. Dengan kriteria verbalisasi penurunan kebingungan, penurunan perilaku kecemasan, penurunan perilaku tegang. Intervensi atau rencana yang telah dilakukan adalah mengidentifikasi tingkat kecemasan berubah, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, memahami situasi yang menciptakan kecemasan dengan hati-hati, mendorong keluarga untuk tetap bersama klien, mempraktikkan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Dengan ditegakkannya diagnosis diharapkan kecemasan klien berkurang dengan tindakan. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017b).

Adapun intervensi yang dapat diberikan pada ibu bersalin dengan diagnosa ansietas adalah melatih tarik nafas dalam dan teknik lima jari dengan

dilakukannya terapi hipnotis lima jari menghilangkan ketakutan, ketegangan otot menurun, membantu memusatkan perhatian dan mengurangi sters. Pemberian terapi hipnosis lima jari dapat membantu pasien untuk menurunkan sterss tanpa adanya bantuan farmakologi, dapat pula meningkatkan pengalaman subjektif bahwa ketegangan fisiologis dapat direlaksasikan ketika otot menjadi tegang, mencegah manifestasi psikologis maupun fisiologis yang diakibatkan oleh sterss, menurunkan stres pada diri sendiri. Adapun intervensi lain dapat dilakukan pada pasien ansietas yaitu distraksi, relaksasi, hipnoterapi kegiatan spiritual.

(Marbun, A. S., Pardede, jek A., & Perkasa, 2018).

D. IMPLEMENTASI

Implementasi merupakan tindakan dari sebuah perencanaan yang sudah disusun rapi dan benar pada tahap intervensi sebelumnya. Implementasi adalah langkah ke empat dalam proses asuhan keperawatan dimulai dari menganalisa data, menentukan diagnosa, menyusun intervensi, setelah itu melaksanakan implementasi dari perencanaan yang telah dibuat setelah mengembangkan rencana keperawatan yang relevan dan jelas.

(Potter, P. A., 2020).

Implementasi adalah suatu tindakan yang diambil dari perencanaan, tindakannya antara lain tindakan kolaborasi (dependen) dan mandiri (independen). Tindakan mandiri yaitu berasal dari keputusan sendiri, sedangkan tindakan kolaborasi dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain. (Tarwoto, 2015). Berdasarkan hal tersebut

penulis mengelola pasien dalam implementasi dengan masing-masing diagnosa.

Pada implementasi baik diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, dan juga ansietas berhubungan dengan khawatir tentang kondisi yang dialami. Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan krisis situasional. Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan. karena saat dilakukan tindakan keperawatan terhadap klien sangat kooperatif. Klien tampak aktif dan mendengarkan saat dilakukan pengkajian dan juga implementasi oleh penulis. Hanya saja ada beberapa hambatan yaitu klien belum paham tentang apa saja asupan nutrisi yang harus dipenuhi oleh ibu hamil.

E. EVALUASI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, penulis mengevaluasi pelaksanaan yang telah dilakukan, yakni evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 11-02-2024 dari hasil implementasi diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengatakan masih merasa kencengkeng dan ada rembesan air yang keluar dari jalan lahir, klien mengatakan masih terasa nyeri dibagian perut bawah menjalar kepinggang. Evaluasi subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang, dan evaluasi objektif klien tampak meringis, bersikap waspada, gelisah, terlihat berfokus pada dirinya, P : penyebab nyeri karena kontraksi

perut, Q : quality terasa seperti kempranyas, R : radiasi terasa diarea perut bawah menjalar, S : skala 5, T : timbul selama 2 menit, dan dirasakan secara terus-menerus, maka dapat disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi dan penulis melanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, berikan teknik non farmakologis, anjurkan memonitor nyeri mandiri.

Evaluasi risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya ditandai dengan klien mengatakan mengeluarkan flek berwarna merah dan keluar air rembesan pada jalan lahir. Evaluasi subjektif klien mengatakan mengeluarkan flek berwarna merah dan keluar air rembesan pada jalan lahir, dan evaluasi obyektif tampak terdapat flek merah dan terdapat varises pada vagina bagian kiri, hasil pemeriksaan darah rutin hasil leukosit pasien yaitu 14,06 mgl. Maka dapat disimpulkan masalah risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya belum teratasi dan penulis melanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Evaluasi ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami ditandai dengan klien mengatakan takut jika keadaannya tersebut

dapat membahayakan janinnya terdapat air rembesan pada jalan lahir. Evaluasi subjektif klien mengatakan takut jika keadaannya tersebut dapat membahayakan janinnya terdapat air rembesan pada jalan lahir, evaluasi obyektif klien tampak lemah, tegang dan gelisah menunggu kelahiran buah hatinya. Maka dapat disimpulkan masalah ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami belum teratasi dan penulis melanjutkan intervensi identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, Waktu, Stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal), pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, latih teknik relaksasi.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 12-02-2024 dari hasil implementasi diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengatakan masih merasa kencengkeng dan ada rembesan air yang keluar dari jalan lahir, klien mengatakan masih terasa nyeri dibagian perut bawah menjalar kepinggang. Evaluasi subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang, dan evaluasi obyektif klien tampak meringis, bersikap waspada, gelisah, terlihat berfokus pada dirinya, P : penyebab nyeri karena kontraksi perut, Q : quality terasa seperti kempranyas, R : radiasi terasa diarea perut bawah menjalar, S : skala 4, T : timbul selama 2 menit, dan dirasakan secara terus-menerus, maka dapat disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan

dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, berikan teknik non farmakologis, anjurkan memonitor nyeri mandiri.

Evaluasi risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya ditandai dengan klien mengatakan mengeluarkan flek berwarna merah dan air ketuban sudah keluar. Evaluasi subjektif klien mengatakan mengeluarkan flek berwarna merah dan air ketuban sudah keluar, dan evaluasi obyektif tampak sedikit flek merah dan terdapat varises pada vagina bagian kiri, hasil pemeriksaan darah rutin hasil leukosit pasien yaitu 14,06 mgl. Maka dapat disimpulkan masalah risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Evaluasi ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami ditandai dengan klien menceritakan apa yang membuat ia merasa sedikit takut/ cemas, terdapat air rembesan pada jalan lahir, ketuban sudah keluar. Evaluasi subjektif klien menceritakan apa yang membuat ia merasa sedikit takut/ cemas, terdapat air rembesan pada jalan lahir, ketuban sudah keluar, evaluasi obyektif klien tampak terlihat sedikit gelisah. Maka dapat

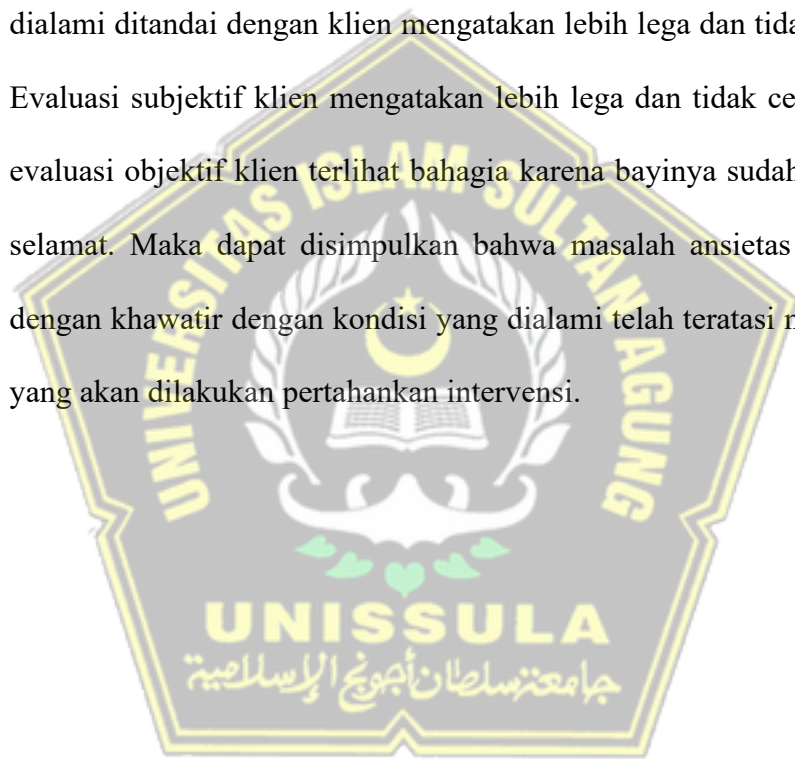
disimpulkan masalah ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, Waktu, Stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal), pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, latih teknik relaksasi.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 13-02-2024 dari hasil implementasi diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengatakan tidak lagi merasakan kenceng-kenceng tetapi terasa mules. Evaluasi subjektif klien mengatakan tidak lagi merasakan kenceng-kenceng tetapi terasa mules, dan evaluasi obyektif klien tampak bahagia karena bayinya telah lahir dengan sehat, klien terlihat lemas, klien tampak senang, klien terlihat lega, P : penyebab nyeri karena proses bersalin, Q : quality terasa seperti mules, R : radiasi terasa diarea jalan lahir, S : skala 4 menjadi 3, T : timbul selama 2 menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah telah teratasi maka tindakan yang akan dilakukan pertahankan intervensi.

Evaluasi risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya ditandai dengan klien mengatakan tidak ada flek berwarna merah lagi, ketuban sudah keluar. Evaluasi subjektif klien mengatakan tidak ada flek berwarna merah lagi, ketuban sudah keluar, dan evaluasi obyektif klien

tampak bahagia karena bayinya telah lahir dengan sehat, klien terlihat lemas, klien tampak senang, klien terlihat lega. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya telah teratasi maka tindakan yang akan dilakukan pertahankan intervensi.

Evaluasi ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami ditandai dengan klien mengatakan lebih lega dan tidak cemas lagi. Evaluasi subjektif klien mengatakan lebih lega dan tidak cemas lagi, dan evaluasi objektif klien terlihat bahagia karena bayinya sudah lahir dengan selamat. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami telah teratasi maka tindakan yang akan dilakukan pertahankan intervensi.



BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 1 x 7 jam, terhitung mulai tanggal 12 februari sampai 14 februari. Langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah membuat kesimpulan dan saran yang dapat dijadikan bahan pertimbangan dari peneliti implementasi keperawatan untuk Ny N dengan post partum dengan KPD (Ketuban pecah dini). Adapula pembahasan kasus yang meliputi antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan penilaian.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan mengumpulkan informasi yang diperoleh dari wawancara. Penulis melaksanakan pengkajian komprehensif yang cocok dengan kondisi Ny. N dengan Implementasi edukasi nutrisi pada ibu posst partum dengan KPD (Ketuban pecah dini).
2. Analisa data yang diperoleh untuk menunjang ditegakkan suatu diagnosa keperawatan. Prioritas permasalahan ataupun diagnosa keperawatan utama Ny. N dengan KPD (Ketuban pecah dini) merupakan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, diagnosa yang kedua risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya, diagnosa yang ketiga ansietas berhubungan dengan khawatir dengan kondisi yang dialami.
3. Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk menggapai suatu hasil yang diharapkan pada langkah ini disusun perencanaan yang diperlukan untuk

Ny. N salah satu contoh tindakan keperawatan untuk menanggulangi risiko infeksi secara non farmakologis yaitu dengan pemberian edukasi nutrisi untuk mengurangi risiko infeksi.

4. Evaluasi untuk menanggulangi keadaan pasien. Salah satu contoh evaluasi yang efisien adalah teknik nonfarmakologis pemberian edukasi nutrisi dalam mengurangi risiko infeksi yang dirasakan pasien post partum dengan KPD (Ketuban pecah dini). Sepanjang penerapan implementasi keperawatan reaksi pasien dan keluarga baik dan kooperatif. Pasien mau melakukan apa yang disarankan oleh penulis, sehingga tidak terjadi hambatan. Hanya saja ada beberapa hambatan yaitu klien belum paham tentang apa saja asupan nutrisi yang harus dipenuhi oleh ibu hamil. Penulis melakukan pengkajian dan tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan Ny. N dengan implementasi keperawatan post partum dengan KPD (Ketuban pecah dini).

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Penulis berharap penelitian ini dapat memberikan referensi atau sebagai acuan lebih rinci tentang resiko infeksi pada ibu postpartum dengan pencegahan berupa implementasi edukasi nutrisi.

2. Bagi tempat penelitian

Penulis berharap dengan hasil studi kasus ini dapat memberikan manfaat bagi lahan praktik dalam mempertahankan ataupun menghilangkan

masalah yang timbul pada pasien, dan diharapkan dapat menambah keluasaan implementasi edukasi nutrisi pada ibu postpartum

3. Bagi masyarakat

Penulis berharap hasil studi kasus ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat khususnya ibu hamil tentang pencegahan resiko infeksi dengan pemberian edukasi nutrisi berupa pendidikan kesehatan tentang makanan bergizi dan tinggi serat pada ibu postpartum agar dapat mencegah resiko infeksi dan dapat mempercepat menyembuhkan proses pemulihan luka pada ibu postpartum.



DAFTAR PUSTAKA

- American Association of Pro-Life Obstetricians & Gynecologists. (2018). Previabile Induction of Labor for Chorioamnionitis: Issues in Law & Medicine. *AAPLOG Practice Bulletin*, 33(2), 247–257.
- Andalas. (2019). *ketuban pecah dini dan tatalaksanya “Supervisor bagian obsterti dan ginekologi fakultas kedokteran Universitas syiah Kuala 2,3,4,5 Peserta kepanitraan klinik senior bagian Obsgyn RSUDZA.”*
- Azisyah, A., Wahyuni, S., & Distinarista, H. (2019). hubungan antara kejadian ketuban pecah dini (KPD) dengan tingkat kecemasan pada ibu hamil di rumah sakit islam sultan agung semarang. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Dewi, K. L. (2021). Asuhan Keperawatan Intranatal Pada Ny. N Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Vk Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. In *Journal of Midwifery and Reproduction*.
- Diana, S., Mail, E., & Rufaida, Z. (2019). buku ajar asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir edisi 1. *Cv Oase Group*.
- Erin Sagita, F. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST PARTUM DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANGAN RAWAT INAP KEBIDANAN Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019 OLEH. *Rabit : Jurnal Teknologi Dan Sistem Informasi Univrab*, 1(1), 2019.
- Fatmawati. (2017). *Efektivitas Massage Efflurage Terhadap Pengurangan Sensasi Rasa Nyeri Persalinan Pada Ibu Primipara*.
- Gahwagi MMM, Busarira MO, A. M. (2015). Premature Rupture of Membranes Characteristics, Determinants, and Outcomes of in Benghazi, Libya. In *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Herawati, C., & Astuti, S. (2014). Faktor_Faktor yang Berhubungan dengan Anemia Gizi Pada Ibu Hamil di Puskesmas Jalaksana Kuningan. *Jurnal Kesehatan Kartika*.
- Imamah, dian lailatul, Astuti, ana puji, & Haryani, S. (2020). pengelolaan resiko infeksi pada Ny. K dengan kehamilan trimester tiga indikasi ketuban pecah dini diruang flamboyan RSUD ungaran. *Kesehatan*, 3–4.
- Jakovljević, A., Bogavac, M., Nikolić, A., Milošević Tošić, M., Novaković, Z., & Stajić, Z. (2014). The influence of bacterial vaginosis on gestational week of the completion of delivery and biochemical markers of inflammation in the serum. *Vojnosanitetski Pregled*, 71(10), 931–935.
- Kemenkes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia Tahun. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.

- Korovesi et al. (2018). The Impact of PPROM on Neonatal and Maternal Outcome. *International Journal of Ecosystems and Ecology Science*, 8(4), 819–824.
- Marbun, A. S., Pardede, jek A., & Perkasa, surya I. (2018). efektivitas terapi hipnotis lima jari terhadap kecemasan ibu pre partum di klinik chelsea husada tanjung beringin kabupaten serdang bedagai. *Jurnal Keperawatan Priority*, 93–94.
- Marni, dkk. (2016). Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta. *Pustaka Pelajar*.
- Noviantry, N. Q. A. (2019). (2019). *Hubungan Usia Dan Paritas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Ruang Ponek Rsud Aceh Tamiang Tahun 2018. Kebidanan*, 5–6.
- Perry, A. G., & Potter, P. (2019). No Title. In *Dasar dasar keperawatan volume 1 edisi 9*.
- Perry, S., Hockenberry, M., L., & D., & Wilson, D. (2014). Maternal Child Nursing Care (4th ed.). *St. Louis: Mosby: Elsevier*.
- Potter, P. A., & P. A. G. (2020). Dasar- Dasar Keperawatan Volume 1 Edisi Indonesia Ke -9. *Elsevier Pte Ltd*.
- PPNI. (2017). *standar diagnosis keperawatan indonesia definisi, edisi 1 cetakan III(Revisi)*. Jakarta.
- PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan III (Revisi). In T. P. S. D. PPNI (Ed.), *Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia*. DPP PPNI.
- Prameswari, G. N. dan M. L. P. (2017). Faktor Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Kesehatan Masyarakat. HIGEIA (Journal of Public ...)*, Vol. 1, No. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/14291>
- Purnani, W. T. (2019). Perbedaan Efektivitas Pemberian Putih Telur Dan Ikan Gabus Terhadap Penyembuhan Luka Perineum Ibu Nifas. *Journal of Public Health Research and Community Health Development*, 2(2): 126.
- Rahayu, B. & Sari, A. N. (2017). Studi Deskriptif Penyebab Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) pada Ibu Bersalin. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 5(2): 134-138.
- Rahmanindar, N., & Rizqoh, U. (2019). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Dengan Status Gizi Ibu Nifas Di Puskesmas Jatinegara Tahun 2018. *Journal Research Midwifery Politeknik Tegal*.
- Rahmawati, D., & Nailah, N. (2023). Studi Kasus Deskriptif Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD). *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 1–14.
- Ratnawati, R. (2017). *Faktor-faktor yang Berhubungandengan Kejadian*

- Persalinan Sectio Caesarea (SC) di RSUD H. Badaruddin Tanjung tahun 2016.*
- Safitri, R. (2019). No Title. *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien.*
- Santoso, D., Cahyani, E. D., & Murniati, M. (2022). No Title. *Asuhan Keperawatan Hipertermia Pada An S Dengan Febris Di Ruang Firdaus Rsi Banjarnegara. Jurnal Inovasi Penelitian, 3(7), 6915-6922.*
- SIKI PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.* Dpp Ppni.
- Soliman, H. M. (2022). *Effects of Zikr Mediation and Jaw Relaxation on Postoperative Pain .*
- Sukarta, A. (2016). Pengaruh teknik relaksasi nafas terhadap tingkat nyeri persalinan ibu post inpartum kala fase aktif. *Ilmiah Kesehatan Iqra, IV, 39-45.*
- Suzanne, C., Smeltzer, Brenda, & G, B. (2019). Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8. *In Journal of Chemical Information and Modeling.*
- Tahir, S. 202. (2021). faktor determinan ketuban pecah dini. *Cv Media Sains Indonesia.*
- Tarwoto, & W. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses. *Keperawatan Edisi 5. Slemba Medika.*
- Taufik, M., & Hasibuan, D. (2018). Hubungan Status Nutrisi dengan Waktu Penyembuhan Luka pada Pasien. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda, 4(1), 1-4.*
- Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik Edisi 1 PPNI.*
- Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017b). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik Edisi 1 PPNI.*
- Tim pokja SLKI DDP PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik Edisi 1 PPNI.*
- Tim pokja SLKI DDP PPNI. (2017b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : definisi dan kriteria Hasil Keperawatan.*
- Vishwakarma et al. (2015). Impact of premature rupture of membranes on maternal & neonatal health in Central India. *J Evid Based Med Healthc., 2(49):8505-8.*
- Yaze, Igus Ulfa dan Dewi, R. (2016). *Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dinipada Perempuan Hamil Usia 37 Tahun. Medula Unila.*