

**STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D. B.  
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG FLAMBOYAN  
RSUD PROF. DR. W. Z. YOHANNES KUPANG**



**OLEH  
YOHANA ANI  
NIM. PO. 530320116376**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
2019**

**STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D. B.  
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG FLAMBOYAN  
RSUD PROF. DR. W. Z. YOHANNES KUPANG**

**Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Program Studi Diploma III Keperawatan**



**OLEH  
YOHANA ANI  
NIM. PO. 530320116376**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
2019**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**LAPORAN STUDI KASUS**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D.B. DENGAN KETUBAN PECAH  
DINI DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD PROF. Dr. W. Z. YOHANNES  
KUPANG

Disusun Oleh :



Yohana Ani  
NIM. PO530320116376

Telah Diuji Pada Tanggal 14 Juni 2019  
Dewan Penguji

Penguji I



Yuliana Dafrovati, S.Kep.Ns., MSc  
NIP 197202181997032001

Penguji II



Natalia Debi Subani, S.Kep., M.Kes  
NIP 198012252002122002

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes  
NIP 196911281993031005

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH  
NIP 19770727 2000032002

## Abstrak

### Asuhan Keperawatan pada Ny. D. B. dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Flamboyam RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang

Yohana Ani

**Latar Belakang,** Ketuban pecah dini yang merupakan salah satu kehamilan beresiko tinggi yang diartikan sebagai KPD. KPD adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi proses persalinan yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau *kurang waktu*. Penatalaksanaan ketuban pecah dini masih dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan. Di negara maju hanya terjadi 5-30 kematian maternal setiap 100.000 kelahiran hidup, di negara berkembang angkanya berkisar antara 50 sampai 800 atau lebih. Angka kejadian ketuban pecah dini di Ruang Flamboyam RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang berdasarkan rekam medik pada tahun 2018 cukup banyak, yaitu 120 kasus, sedangkan pada tahun 2019 periode januari sampai mei berjumlah 29 kasus.

**Tujuan Studi Kasus,** Mengaplikasikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan KPD di ruang Flamboyam RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

**Hasil Studi Kasus,** Dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam, didapatkan pasien tidak lagi mengalami cemas yang ditandai dengan keadaan umum tampak segar dan tidak lagi menanyakan keadaan janinnya dan risiko infeksi tidak terjadi yang ditandai dengan kadar leukosit dalam rentang normal.

**Kesimpulan,** Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. D. B. dengan KPD adalah ansietas berhubungan dengan stressor, risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini, semua masalah dapat teratasi. Pada penerapan asuhan keperawatan pada NY. D. B. dengan KPD ini tidak ditemukan masalah yang tidak atau belum teratasi.

**Kata kunci :** Asuhan keperawatan, ketuban pecah dini.

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Yohana Ani  
Tempat tanggal lahir : Atapupu, 07 Juni 1979  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Jalan Perintis Kemerdekaan 1, Gang Rukun, RT/  
RW 003/001, Kelurahan Kayu Putih, Kec.  
Oebobo, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN 2 Ladi tahun 1992
2. Tamat SMP Negeri Salele Tahun 1995
3. Tamat Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Dili Tahun 1999
4. Sejak tahun 2016 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus dengan judul asuhan keperawatan pada Ny. D. B. dengan ketuban pecah dini di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.

Penulis menyadari dalam menyelesaikan studi kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Natalia Debi Subani, S.Kep., M.Kes., selaku pembimbing dan penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga studi kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Yuliana Dafroyati, S.Kep., Ns, MSc., selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
3. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
4. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc, PH, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan yang telah meluangkan waktu, dan memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
5. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
6. Seluruh staf dosen dan Tenaga Kependidikan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
7. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang yang telah menerima dan memberikan izin kepada penulis

untuk melaksanakan studi kasus di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.

8. Ibu Debora Tunmuni, SST, selaku pembimbing klinik/CI di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan studi kasus ini.
9. Seluruh Perawat dan tenaga kesehatan lainnya di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang yang telah membantu penulis dalam proses pelaksanaan studi kasus ini.
10. Suamiku tercinta, Thimotius Mirulewan, dan anak-anakku tersayang (Novi, Tacia, Ina, Nora) yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan studi kasus ini.
11. Teman - teman angkatan 2016 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini selanjutnya.

Kupang, 13 Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pengesahan .....	ii
Abstrak .....	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Konsep ketuban pecah dini .....</b>	<b>5</b>
2.1.1 Pengertian ketuban pecah dini .....	5
2.1.2 Etiologi ketuban pecah dini .....	5
2.1.3 Patofisiologi ketuban pecah dini.....	7
2.1.4 Manifestasi klinis ketuban pecah dini.....	7
2.1.5 Pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini .....	8
2.1.6 Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini .....	9
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....</b>	<b>9</b>
2.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	9
2.2.2 Diagnosa keperawatan.....	13
2.2.3 Intervensi keperawatan .....	13
2.2.4 Implementasi keperawatan .....	16
2.2.5 Evaluasi keperawatan .....	16
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Hasil Studi Kasus .....</b>	<b>17</b>
3.1.1 Gambaran Likasi Studi Kasus .....	17
3.1.2 Pengkajian .....	17
3.1.3 Analisa Data .....	22
3.1.4 Diagnosa keperawatan.....	22
3.1.5 Intervensi keperawatan .....	23
3.1.6 Implementasi keperawatan .....	24
3.1.7 Evaluasi keperawatan .....	26
<b>3.2 Pembahasan.....</b>	<b>28</b>

3.2.1 Pengkajian .....	28
3.2.2 Diagnosa keperawatan.....	28
3.2.3 Intervensi keperawatan .....	29
3.2.4 Implementasi keperawatan .....	30
3.2.5 Evaluasi keperawatan .....	31
<b>BAB 4 PENUTUP .....</b>	<b>32</b>
4.1 Kesimpulan .....	32
4.2 Saran .....	34
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>35</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>36</b>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelolah ketuban pecah dini akan membawa akibat meningkatnya angka morbilitas dan mortalitas ibu maupun bayi. Kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah cesar dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi *chorioamnionitis* atau infeksi pada air ketuban (Nugroho, 2010).

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Sarwono, 2010).

Salah satu faktor yang penting dalam tingginya tingkat kematian maternal negara berkembang adalah faktor-faktor pelayanan kesehatan. Penanganan yang kurang tepat atau memadai terutama dalam kasus patologi 1-2 ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, seperti terkenanya virus atau infeksi air ketuban. Oleh karena itu diperlukan upaya peningkatan cara penanganan dan peningkatan kinerja yang memadai (Hakimi, 2010). Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan (Joseph, 2010). KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan *respiration distress syndrome* atau gangguan pernapasan bayi baru lahir karena belum matang fungsi paru (Nugroho, 2010).

Kejadian KPD yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan meningkatnya mortalitas dan morbiditas pada ibu dan janin (Martaadisoebrata D., 2013). Angka Kematian Ibu (AKI) menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2014 adalah sebesar 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup yang mana angka tersebut belum memenuhi target RPJMN sebesar 306 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI 2014; Kemenkes RI 2015), sedangkan pada kematian neonatus, KPD menjadi faktor risiko dengan presentase sebesar 17,9% (Achadi dan Jones 2014). Angka Kematian Neonatus (AKN) di Indonesia tahun 2012 ada sebanyak 19 kematian per 1000 kelahiran hidup, angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI 2007 yang mana hanya menurun 1 poin dibandingkan SDKI tahun 2002-2003 (Kemenkes RI 2016).

Angka kejadian ketuban pecah dini di RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang berdasarkan rekam medik pada tahun 2018 cukup banyak, yaitu 120 kasus, sedangkan pada tahun 2019 periode Januari sampai Mei berjumlah 29 kasus.

Peran perawat pada asuhan keperawatan selama persalinan dan kelahiran dalam kompetensi keperawatan yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan yang bermutu, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir (Nugroho, 2010).

.Berdasarkan faktor penyebab kematian ibu yaitu infeksi yang menjadi peringkat ketiga penyebab kematian ibu dan ketuban pecah dini yang memungkinkan terjadinya infeksi sehingga penulis tertarik menjadikan ketuban pecah dini sebagai studi kasus dengan judul asuhan keperawatan dengan ketuban pecah dini pada Ny. D.B. di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana cara melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. D. B. dengan KPD di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.

### **1.3 Tujuan Studi kasus**

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengaplikasikan asuhan keperawatan komprehensif pada Ny. D. B. dengan ketuban pecah dini di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.

#### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny. D. B. dengan ketuban pecah dini di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. D. B. dengan ketuban pecah dini di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.
3. Menyusun intervensi keperawatan pada Ny. D. B. dengan ketuban pecah dini di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny. D. B. dengan ketuban pecah dini di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. D. B. dengan ketuban pecah dini di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

### **1.4 Manfaat Studi Kasus**

#### 1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi penulis  
Meningkatkan kemampuan, pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus keperawatan maternitas terutama pada asuhan keperawatan ketuban pecah dini.
2. Bagi institusi pendidikan kesehatan  
Dapat digunakan sebagai referensi untuk melakukan asuhan keperawatan maternitas terutama pada asuhan keperawatan ketuban pecah dini.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada asuhan keperawatan maternitas terutama pada kasus dengan ketuban pecah dini.

2. Bagi masyarakat

Masyarakat dapat memperoleh pelayanan keperawatan yang baik sesuai dengan asuhan keperawatan dengan ketuban pecah dini.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Definisi Ketuban Pecah Dini**

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Saifuddin, 2014).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi proses persalinan yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu (Ida Ayu, 2010).

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2010).

Ketuban pecah dinyatakan dini jika terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. Suatu proses infeksi dan peradangan dimulai di ruangan yang berada diantara amnion korion (Joseph, 2010). Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

##### **2.1.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini**

Menurut Manuaba (2013), penyebab ketuban pecah dini antara lain :

1. Servik inkompeten (penipisan serviks) yaitu kelainan pada servik uteri dimana kanalis servikalis selalu terbuka.
2. Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit ketuban di atas

ostium uteri internum pada servik atau peningkatan intra uterin secara mendadak.

3. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetic).
4. Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten.
  - a. Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi
  - b. Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas janin
  - c. Komplikasi ketuban pecah dini makin meningkat
5. Kelainan letak janin dalam rahim, misalnya pada letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagan terendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah. kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung, sepelopelvik, disproporsi.
6. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

### **2.1.3 Patofisiologis Ketuban Pecah Dini**

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut:

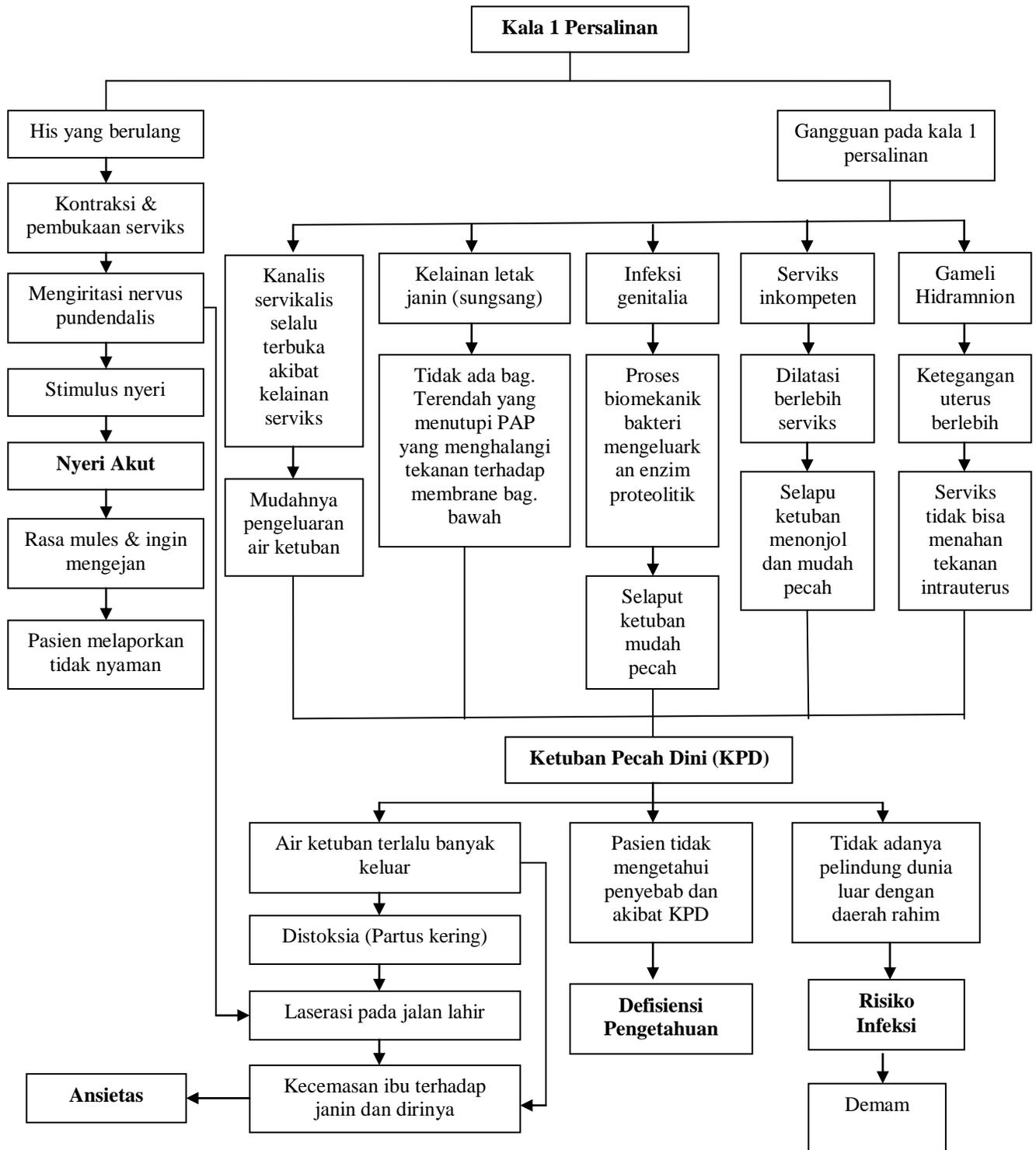
1. Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi. Bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.
2. Kolagen terdapat pada lapisan kompakta amnion, fibroblas, jaringan retikuler korion dan trofoblas. Sintesis maupun degradasi jaringan kolagen dikontrol oleh sistem aktifitas dan inhibisi interleukin-1 (IL-1) dan prostaglandin. Jika ada infeksi dan inflamasi, terjadi peningkatan aktifitas IL-1 dan prostaglandin, menghasilkan kolagenase jaringan, sehingga terjadi

depolimerisasi kolagen pada selaput korion / amnion, menyebabkan selaput ketuban tipis, lemah dan mudah pecah spontan.

3. Patofisiologi Pada infeksi intrapartum:

- a. *Ascending infection* (naiknya mikroorganisme), pecahnya ketuban menyebabkan ada hubungan langsung antara ruang intraamnion dengan dunia luar.
- b. Infeksi intraamnion bisa terjadi langsung pada ruang amnion, atau dengan penjararan infeksi melalui dinding uterus, selaput janin, kemudian ke ruang intraamnion.
- c. Mungkin juga jika ibu mengalami infeksi sistemik, infeksi intrauterin menjaral melalui plasenta (sirkulasi fetomaternal). Tindakan iatrogenik traumatik atau higiene buruk, misalnya pemeriksaan dalam yang terlalu sering, dan sebagainya, predisposisi infeksi (Prawirohardjo (2010)).

**Pathway ketuban pecah dini:**



Sumber: Prawirohardjo (2010).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinik Ketuban Pecah Dini**

Manifestasi klinik KPD menurut Mansjoer (2008) antara lain :

1. Keluar air ketuban berwarna putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan, sedikit-sedikit atau sekaligus banyak.
2. Dapat disertai demam bila sudah ada infeksi
3. Janin mudah diraba
4. Pada periksa dalam selaput ketuban tidak ada, air ketuban sudah kering
5. Inspekulo : tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering.
6. Kecemasan ibu meningkat.

Menurut Manuaba (2013) mekanifestasi klinis ketuban pecah dini, antara lain:

1. Terjadi pembukaan prematur servik
2. Membran terkait dengan pembukaan terjadi:
  - a. Devaskularisasi
  - b. Nekrosis dan dapat diikuti pecah spontan
  - c. Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, makin berkurang
  - d. Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim preteolitik dan kolagenase.

#### **2.1.5 Pemeriksaan Penunjang Ketuban Pecah Dini**

Diagnosis ketuban pecah dini tidak sulit ditegakkan dengan keterangan terjadi pengeluaran cairan mendadak disertai bau yang khas. Selain keterangan yang disampaikan pasien dapat dilakukan beberapa pemeriksaan yang menetapkan bahwa cairan yang keluar adalah air ketuban, diantaranya tes ferning dan nitrazine tes. Langkah pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini dapat dilakukan:

1. Pemeriksaan spekulum, untuk mengambil sampel cairan ketuban di froniks posterior dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan bakteriologis.

2. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak banyak manipulasi daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan-kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas. (Manuaba, 2013)

Menurut Nugroho (2010), pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG):

1. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
2. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

### **2.1.6 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini**

#### **1. Penatalaksanaan Medis.**

Menurut Manuaba (2013) dalam buku ajar patologi obstetrik, kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis. Kasus KPD yang kurang bulan kalau menempuh cara-cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS, dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan. Kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsi pada janin merupakan sebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten (Manuaba, 2013).

**a. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (> 37 Minggu).**

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dan durasi KPD keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari KPD. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan dari persalinan disebut periode latent = L, P = "lag" period. Makin muda umur kehamilan makin memanjang L.P-nya. Pada hakekatnya kulit ketuban yang pecah akan menginduksi persalinan dengan sendirinya. Sekitar 70-80 % kehamilan genap bulan akan melahirkan dalam waktu 24 jam setelah kulit ketuban pecah. bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan, dan bila gagal dilakukan bedah caesar (Manuaba, 2013).

Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Walaupun antibiotik tidak berfaedah terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap chorioamnionitis lebih penting dari pada pengobatannya sehingga pemberian antibiotik profilaksis perlu dilakukan. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosis KPD ditegakan dengan pertimbangan : tujuan profilaksis, lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi, proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam. Beberapa penulis menyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau ditunggu sampai 6-8 jam dengan alasan penderita akan menjadi inpartu dengan sendirinya. Dengan mempersingkat periode laten durasi KPD dapat diperpendek sehingga resiko infeksi dan trauma obstetrik karena partus tindakan dapat dikurangi (Manuaba, 2013).

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi bayi dan ibunya (his terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat). Induksi dilakukan dengan memperhatikan *bishop score* jika > 5 induksi dapat

dilakukan, sebaliknya < 5, dilakukan pematangan servik, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesaria (Manuaba, 2013).

**b. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan preterm (< 37 minggu).**

Pada kasus-kasus KPD dengan umur kehamilan yang kurang bulan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi pengelolaannya bersifat konservatif disertai pemberian antibiotik yang adekuat sebagai profilaksi. Penderita perlu dirawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu, obat-obatan uterorelaksen atau tocolitic agent diberikan juga tujuan menunda proses persalinan (Manuaba, 2013).

Tujuan dari pengelolaan konservatif dengan pemberian kortikosteroid pada penderita KPD kehamilan kurang bulan adalah agar tercapainya pematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konservatif tersebut muncul tanda-tanda infeksi, maka segera dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan (Manuaba, 2013).

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi yang kadang-kadang tidak ringan. Komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi gawat janin sampai mati, tetani uteri, ruptura uteri, emboli air ketuban, dan juga mungkin terjadi intoksikasi. Kegagalan dari induksi persalinan biasanya diselesaikan dengan tindakan bedah sesar. Seperti halnya pada pengelolaan KPD yang cukup bulan, tindakan bedah sesar hendaknya dikerjakan bukan semata-mata karena infeksi intrauterin tetapi seyogyanya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelainan letak, gawat janin, partus tak maju, dll (Manuaba, 2013).

Selain komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan aktif. Ternyata pengelolaan konservatif juga dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya, maka perlu dilakukan pengawasan yang ketat. Sehingga

dikatakan pengolahan konservatif adalah menunggu dengan penuh kewaspadaan terhadap kemungkinan infeksi intrauterin (Manuaba, 2013).

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leukosit darah tepi setiap hari, pemeriksaan tanda-tanda vital terutama temperatur setiap 4 jam, pengawasan denyut jantung janin, pemberian antibiotik mulai saat diagnosis ditegakkan dan selanjutnya tiap 6 jam. Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS. *The National Institutes of Health* telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm KPD pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intramamion. Sediaan terdiri atas betametason 2 dosis masing-masing 12 mg i.m tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing-masing 6 mg tiap 12 jam (Manuaba, 2013).

## **2. Penatalaksanaan Keperawatan**

Manajemen terapi pada ketuban pecah dini menurut Manuaba (2013):

### **a. Konservatif**

- 1) Rawat rumah sakit dengan tirah baring.
- 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi dan gawat janin.
- 3) Umur kehamilan kurang 37 minggu.
- 4) Antibiotik profilaksis dengan amoksisilin 3 x 500 mg selama 5 hari.
- 5) Memberikan tokolitik bila ada kontraksi uterus dan memberikan kortikosteroid untuk mematangkan fungsi paru janin.
- 6) Jangan melakukan periksan dalam vagina kecuali ada tanda-tanda persalinan.
- 7) Melakukan terminasi kehamilan bila ada tanda-tanda infeksi atau gawat janin.
- 8) Bila dalam 3 x 24 jam tidak ada pelepasan air dan tidak ada kontraksi uterus maka lakukan mobilisasi bertahap. Apabila pelepasan air berlangsung terus, lakukan terminasi kehamilan.

b. Aktif

Bila didapatkan infeksi berat maka berikan antibiotik dosis tinggi.

Bila ditemukan tanda-tanda inpartu, infeksi dan gawat janin maka lakukan terminasi kehamilan.

- 1) Induksi atau akselerasi persalinan.
- 2) Lakukan seksiosesaria bila induksi atau akselerasi persalinan mengalami kegagalan.
- 3) Lakukan seksio histerektomi bila tanda-tanda infeksi uterus berat ditemukan. Hal-hal yang harus diperhatikan saat terjadi pecah ketuban

**Yang harus segera dilakukan:**

- 1) Pakai pembalut tipe keluar banyak atau handuk yang bersih.
- 2) Tenangkan diri Jangan bergerak terlalu banyak pada saat ini. Ambil nafas dan tenangkan diri.

**Yang tidak boleh dilakukan:**

- 1) Tidak boleh berendam dalam bath tub, karena bayi ada resiko terinfeksi kuman.
- 2) Jangan bergerak mondar-mandir atau berlari ke sana kemari, karena air ketuban akan terus keluar. Berbaringlah dengan pinggang diganjal supaya lebih tinggi.

## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien (Hidayat, 2010).

1. Identitas atau biodata klien Meliputi, nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor register, dan diagnosa keperawatan.

2. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan dahulu Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.
- b. Riwayat kesehatan sekarang Riwayat pada saat sebelum inpartus didapatkan cairan ketuban yang keluar pervagina secara spontan kemudian tidak diikuti tanda-tanda persalinan.
- c. Riwayat kesehatan keluarga Adakah penyakit keturunan dalam keluarga keluarga seperti jantung, DM, HT, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien
- d. Riwayat psikososial Riwayat klien nifas biasanya cemas bagaimana cara merawat bayinya, berat badan yang semakin meningkat dan membuat harga diri rendah.

3. Pola-pola fungsi kesehatan

- a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat  
Karena kurangnya pengetahuan klien tentang ketuban pecah dini, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya mrnjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya.
- b. Pola nutrisi dan metabolisme  
Pada klien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.
- c. Pola aktifitas  
Pada pasien pos partum klien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbatas pada aktifitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, pada klien nifas didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.
- d. Pola eliminasi  
Pada pasien pos partum sering terjadi adanya perasaan sering /susah

kencing selama masa nifas yang ditimbulkan karena terjadinya odema dari trigono, yang menimbulkan inveksi dari uretra sehingga sering terjadi konstipasi karena penderita takut untuk melakukan buang air besar (BAB).

e. Pola istirahat dan tidur

Pada klien intra partum terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kontraksi uterus yang menyebabkan nyeri sebelum persalinan.

f. Pola hubungan dan peran

Peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain.

g. Pola penagulangan stres

Biasanya klien sering merasa cemas dengan kehadiran anak.

h. Pola sensori dan kognitif

Pola sensori klien merasakan nyeri pada perut akibat kontraksi uterus pada pola kognitif klien intrapartum G1 biasanya akan mengalami kesulitan dalam hal melahirkan, karena belum pernah melahirkan sebelumnya.

i. Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebih-lebih menjelang persalinan dampak psikologis klien terjadi perubahan konsep diri antara lain dan body image dan ideal diri

j. Pola reproduksi dan sosial

Terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan. Biasanya pada saat menjelang persalinan dan sesudah persalinan klien akan terganggu dalam hal ibadahnya karena harus bedres total setelah partus sehingga aktifitas

klien dibantu oleh keluarganya (Asrining, dkk. 2003).

4. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum, dan apakah ada benjolan

b. Leher

Kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, karena adanya proses menerang yang salah.

c. Mata

Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

d. Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

e. Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada pos partum kadang-kadang kadang ditemukan pernapasan cuping hidung

f. Dada

Terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papila mammae.

g. Abdomen

Pada klien nifas abdomen kendor kadang-kadang striae masih terasa nyeri. Fundus uteri 3 jari dibawa pusat.

h. Genitalia

Pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekomium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.

i. Anus

Kadang-kadang pada klien nifas ada luka pada anus karena ruptur.

j. Ekstermitas

Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus, karena preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

k. Muskuluskeletal

Pada klien post partum biasanya terjadi keterbatasan gerak karena adanya luka episiotomi.

l. Tanda-tanda vital

Apabila terjadi perdarahan pada pos partum tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun (Manuaba, 2013).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015

1. Nyeri akut berhubungan dengan terjadinya ketegangan otot rahim.
2. Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.
4. Ansietas berhubungan dengan persalinan prematur dan neonatus berpotensi lahir prematur.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC, 2013

**Diagnosa 1** : Nyeri akut berhubungan dengan terjadinya ketegangan otot rahim. **NOC**: *pain level*, (level nyeri), *pain control* (control nyeri) *comfort level* (level kenyamanan). **Kriteria Hasil** : 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5) Tanda vital dalam rentang normal. **NIC** : *pain management*

(manajemen nyeri) : 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 5) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 5) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

**Diagnosa 2** : Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.

**NOC** : *Immune Status* (status imun), **Knowledge** : *Infection control* (pengetahuan : control infeksi), Risk control (control infeksi). **Kriteria Hasil** :

1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi. 2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya. 3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. 4) Jumlah leukosit dalam batas normal. 5) Menunjukkan perilaku hidup sehat. **NIC** : *Infection Control (Kontrol infeksi)* : 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. 2) Batasi pengunjung bila perlu. 3) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. 4) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 5) Gunakan sarung tangan sebagai alat pelindung. 6) Kolaborasi pemberian terapi antibiotik bila perlu. **NIC** : *Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)* : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, 2) Monitor hasil laboratorium (leukosit). 3) Monitor kerentanan terhadap infeksi. 4) Monitor masukkan nutrisi dan cairan yang cukup. 5) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep. 6) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi. 7) Ajarkan cara menghindari infeksi

**Diagnosa 3** : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. **NOC** : *Knowledge : disease process* (Pengetahuan proses penyakit), **Knowledge** : *health Behavior* ((Pengetahuan : tingkah laku kesehatan). **Kriteria Hasil** : 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang

penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan. 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. **NIC : Teaching : disease Process** (Pengajaran : proses penyakit) : 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik. 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4) Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. 5) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 6) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat. 7) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan. 8) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat

**Diagnosa 4** : Ansietas berhubungan dengan persalinan prematur dan neonatus berpotensi lahir prematur. (NANDA, 2015). **NOC : Anxiety control** (control kecemasan), **Coping** (Koping). **Kriteria Hasil** : 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas. 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas. 3) Vital sign dalam batas normal. 4) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan. **NIC : Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)** : 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan. 2) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien. 3) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur. 4) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. 5) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. 6) Dorong keluarga untuk menemani anak. 7) Dengarkan dengan penuh perhatian. 8) Identifikasi tingkat kecemasan. 9) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 10) Dorong

pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. 11) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan. Tujuan implementasi adalah mengatasi masalah yang terjadi pada manusia. Setelah rencana keperawatan disusun, maka rencana tersebut diharapkan dalam tindakan nyata untuk mencapai tujuan yang diharapkan, tindakan tersebut harus terperinci sehingga dapat diharapkan tenaga pelaksanaan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan Implementasi ini juga dilakukan oleh perawat dan harus menjunjung tinggi harkat dan martabat sebagai manusia yang unik (Hidayat, 2002).

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Hidayat, 2002).

Menurut Rohman dan Walid (2009), evaluasi keperawatan ada 2 yaitu:

1. Evaluasi proses (formatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan. Berorientasi pada etiologi dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
2. Evaluasi hasil (sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan dan menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 27 sampai 29 Mei 2019 di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, yang beralamat di Jalan Mohammad Hatta No. 19 Kelurahan Oetete, Kecamatan Oebobo, Kota Kupang. Rumah Sakit ini dipimpin oleh seorang dokter gigi dengan sejumlah dokter lainnya seperti: dokter umum 37 orang, dokter gigi 8 orang, dokter spesialis dasar dan penunjang 49 orang, tenaga penunjang lainnya seperti: magister kesehatan 9 orang, apoteker dan farmasi 60 orang, keperawatan dengan jenjang pendidikan diploma III sampai magister keperawatan berjumlah 423 orang, bidan 139 orang, non-keperawatan 113 dan non-kesehatan 400 orang.

##### **3.1.2 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohanes Kupang dengan data-data sebagai berikut: **Identitas Pasien:** bernama: Ny. D. B. usia: 28 tahun, berjenis kelamin: perempuan, dengan alamat: Soe (Timor Tengah Selatan), mempunyai status perkawinan: belum menikah secara agama, beragama: kristen protestan, suku/bangsa: Timor/Indonesia, pendidikan terakhir: sarjana, pekerjaan: guru honorer, diagnosa medik: G1P0A0 dengan ketuban pecah dini (KPD), nomor rekam medik: 367079, tanggal masuk rumah sakit (MRS): 25 Mei 2019, tanggal pengkajian: 27 Juni 2019. **Penanggung jawab:** bernama : Tn. B. M., Usia: 34 tahun, jenis kelamin: laki-laki, pendidikan terakhir: sarjana, pekerjaan: wiraswasta, dengan alamat : Alor, hubungan dengan klien: sebagai suami. **Kondisi saat dikaji:** (PQRST), P: Provocative/penyebab: penyebabnya sering membawa motor sendiri selama beaktivitas, Q: Quantity/kualitas: dirasakan merembes seperti buang air kecil, R: Region/daerah/lokasinya: keluar melalui jalan

lahir, S: Skala 4, T: Time/waktu: lamanya berlangsung 1 menit dengan interval hilang muncul 1 menit.

**Riwayat Kesehatan Sekarang (data subyektif):** **1) Alasan utama masuk rumah sakit:** Ibu mengatakan rujukan dari Rumah Sakit Soe dengan indikasi keluar cairan dari jalan lahir jernih dan tidak berbau sejak pada tanggal 23 Mei 2019 sejak jam 14.00 WIT dan pasien merasa cemas. **2) Riwayat menstruasi:** Ny. D. B. mengatakan haid pertama umur 15 tahun dengan siklus haid: 27-28 hari, dan lamanya: 4-5 hari, banyaknya: 2-3 kali ganti pembalut/hari, teratur, sifat darah: encer, dan ibu mengatakan tidak ada nyeri saat haid. **3) Riwayat perkawinan:** Status perkawinan belum syah, kawin pertama dengan usia 27 tahun, dengan calon suami umur 34 tahun, sudah berjalan 2 tahun. **4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu:** tidak ada.

**Riwayat kehamilan sekarang:** Ny. D. B. mengatakan HPHT tanggal 28 Oktober 2018 ; TP: 4 Juli 2019, umur kehamilan: 29-30 minggu; keluhan-keluhan pada trimester I : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, trimester II: Ibu mengatakan tidak ada keluhan, trimester III: Ibu mengatakan keluar cairan melalui jalan lahir sejak tanggal 23 Mei 2019, ANC: sebanyak 4 kali di bidan secara teratur; trimester I : 2 kali, trimester II: 1 kali, trimester III: 1 kali. Penyuluhan yang pernah didapat: ibu mengatakan pernah mendapat penyuluhan tentang gizi ibu hamil, imunisasi TT: ibu mengatakan pernah mendapat imunisasi TT sebanyak 2 kali saat usia kehamilan 4 dan 5 bulan.

**Riwayat keluarga berencana (KB):** ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun. **Riwayat penyakit:** a) Riwayat penyakit sekarang ibu mengatakan keluar cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih dan tidak berbau sejak tanggal 23 Mei 2019 jam 14.00 WIT. b) Riwayat penyakit sistemik jantung: ibu mengatakan tidak pernah merasa nyeri dada, tidak merasa nyeri tekan baik dada maupun perut, pinggang tidak terasa sakit, tidak pernah merasa sesak tidak pernah menderita penyakit kuning, mata dan ujung kuku tidak kuning. tidak pernah menderita penyakit gula dengan gejala sering makan banyak dan minum di malam

hari dan sering buang air kecil, waktu kunjung ke puskesmas mendapat pemeriksaan tekanan darah 100/90 mmHg, demikian juga dengan riwayat operasi belum pernah mengalami.

**Pola kebiasaan sehari-hari:** a) **Pola makan:** selama hamil makan 3 kali/hari, jenis: nasi putih sayur, lauk tempe dan telur. Minum: 7-8 kali/hari, dapat menghabiskan porsi yang disediakan. Saat di rumah sakit makan: 1 kali, jenis nasi putih, sayur, lauk tempe bacem, dan pepes ikan pada jam 15.00 Wita, minum: 2 gelas sehari berupa teh hangat, air putih. b) **Personal hygiene:** selama hamil ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi tiap kali mandi, keramas 3 kali seminggu dan ganti pakaian 2 kali sehari. Memasuki persalinan ibu mengatakan selama memasuki persalinan, ibu belum mandi dan terakhir mandi tanggal 24 Mei 2019 pukul 16.00 WIT. c) **Pola eliminasi:** selama hamil ibu mengatakan BAK 5-6 kali/hari, warna kuning jernih, bau khas urine, konsistensi cair, BAB 1 kali/ hari, warna kuning kecoklatan, bau khas feces, konsistensi padat. Memasuki persalinan Ibu mengatakan BAK 3 kali dengan menggunakan pispot, warna kuning jernih, bau khas urine, konsistensi cair, BAB 1 kali selama memasuki persalinan, warna kuning kecoklatan, bau khas feces, konsistensi padat. d) **Pola aktivitas:** selama hamil ibu mengatakan mengerjakan pekerjaan rumah di bantu suami dan memasuki persalinan ibu mengatakan tidak melakukan aktivitas apapun. e) **Pola istirahat/tidur:** selama hamil ibu mengatakan tidur siang 1-2 jam/ hari, tidur malam 6-8 jam/ hari, memasuki persalinan ibu mengatakan istirahat jika tidak ada kencang-kencang pada perut.

**Psikososial budaya:** perasaan menghadapi persalinan ini ibu merasa cemas dengan proses persalinan ini karena air ketubannya sudah merembes keluar. Kehamilan ini direncanakan dengan harapan jenis kelamin laki-laki atau perempuan sama saja asal sehat dan selamat. Dukungan keluarga terhadap kehamilan ini, ibu mengatakan suami dan seluruh anggota keluarga sangat mendukung.

**Pemeriksaan Fisik (data obyektif):** 1) **Status generalis:** keadaan umum: baik, kesadaran: compos mentis, TTV: TD: 100/ 70 mmHg, S: 36,7<sup>0</sup> C, N: 88 kali/ menit RR: 14 kali/ menit TB: 158 cm, BB sebelum hamil: 48 kg, BB sekarang: 52 kg,

LILA: 24 cm. **2) Pemeriksaan sistematis:** **a) Kepala:** rambut: hitam panjang, lurus, tidak mudah dicabut, tidak ada ketombe, muka: tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum. **b) Mata:** tidak ada oedema, conjungtiva: merah muda, sklera: putih. **c) Hidung:** bersih, tidak ada pembesaran polip. **d) Telinga:** bersih, tidak ada serumen. **e) Mulut/gigi/gusi:** bersih tidak ada stomatitis, tidak ada gusi berdarah, tidak ada caries. **f) Leher:** kelenjar gondok: tidak ada pembesaran kelenjar gondok, tumor: tidak ada, pembesaran kelenjar limfe: tidak ada. **g) Dada dan axilla:** dada: normal, simetris. **h) Mammae:** membesar: normal, tumor: tidak ada, simetris: simetris kanan dan kiri, areola: hiperpigmentasi, puting susu: menonjol, kolostrum: belum keluar. **i) Axilla:** benjolan: tidak ada benjolan, nyeri : tidak ada nyeri.

**Pemeriksaan khusus obstetri (lokalis) (Abdomen):** **1) Inspeksi:** pembesaran perut: sesuai dengan tuanya kehamilan, bentuk perut: memanjang, linea alba/nigra: ada linea nigra, striae albican/livide: tidak ada, kelainan: tidak ada, pergerakan janin: ada. **2) Palpasi:** pergerakan janin dalam 24 jam baik: Leopold I: TFU 2 jari di atas pusat, teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), Leopold II: teraba memanjang dan keras, kanan: teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk panggul (konvergen). **3) Auskultasi DJJ:** punctum maximum: kuadran kiri bawah pusat, frekuensi: 150kali/ menit, teratur/ tidak: teratur. **4) Anogenital:** vulva vagina, varices: tidak ada varices, luka : tidak ada luka, kemerahan: tidak ada kemerahan, nyeri: tidak ada nyeri, pengeluaran pervaginam: cairan ketuban merembes, warna jernih, bau amis khas air ketuban. **5) Perineum:** bekas luka: tidak ada bekas luka, lain-lain: tidak ada. **6) Anus:** haemorrhoid: tidak ada haemorrhoid, lain-lain: tidak ada. **7) Inspekulo:** vagina: tidak dilakukan, portio: tidak dilakukan.

**Pemeriksaan penunjang:** 1) Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019, hasilnya antara lain: a) Hemoglobin (HB): 11 g/dL, b) jumlah eritrosit:  $3,59 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ . c) jumlah leukosit:  $12,32 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ . d) jumlah neutrofil:  $10,04 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ . e) golongan darah: O. 2) Pemeriksaan USG dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019 hasilnya antara lain: a) Janin tunggal hidup, letak kepala, ketuban kurang. b)

Perkiraan berat badan janin 1700 gram.

### 3.1.3 Analisa Data

Dalam analisa data ditemukan data-data sebagai berikut: **Data Subyektif** : Ibu mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya sekarang, takut dengan keadaan anaknya karena baru hamil pertama. **Data Obyektif** : Ibu hamil pertama, G1P0A0, tampak ibu merasa cemas dengan sering menanyakan keadaan kehamilan dan janinnya. **Etiologi** : Stresor. **Masalah keperawatan** : Ansietas

**Data Subyektif** : Ibu mengatakan kehamilan ini yang pertama dan belum pernah keguguran, Ibu mengatakan menstruasi terakhir tanggal 28 Oktober 2018, Ibu mengatakan mengeluarkan cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih, tidak berbau sejak tanggal 23 Mei 2019 jam 14.00 WIT, Ibu merasa ada rembesan cairan seperti air kencing. **Data Obyektif** : Palpasi : Leopold I: TFU 2 jari di atas pusat, (21 cm), Leopold II: punggung kiri: teraba datar seperti papan (punggung),punggung kanan: teraba bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk panggul (konvergen), Auskultasi: DJJ (+), frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat, Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau, tanda infeksi seperti merah. Bengkak dan panas: tidak ada, keadaan umum: Baik, kesadaran: Composmentis, TTV: TD 100/ 70 mmHg, S: 36,7<sup>0</sup> C,N: 88 kali/ menit, RR: 14 kali/ menit, tampak keluar cairan pervaginam dan tidak berbau. **Etiologi** : Ketuban pecah dini. **Masalah keperawatan** : Risiko infeksi

### 3.1.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus yang dialami Ny. D. B. sesuai dengan NANDA, 2015 yaitu: 1) Ansietas berhubungan stressor. 2) Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.

### 3.1.5 Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC, 2013

Tanggal : 27 Mei 2019, Pukul: 09.00,- wita, merencanakan tindakan keperawatan sebagai berikut : **Diagnosa 1** : Ansietas berhubungan dengan stressor. **Tujuan** : Pasien tidak mengalami cemas selama dalam perawatan **NOC** : *Anxiety control* (control kecemasan), *Coping* (Koping). **Kriteria Hasil** : 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas. 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas. 3) Vital sign dalam batas normal. 4) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan. **NIC** : *Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)* : 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan. 2) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien. 3) Jelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan. 4) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. 5) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. 6) Anjurkan suami untuk menemani ibu. 7) Dengarkan dengan penuh perhatian. 8) Identifikasi tingkat kecemasan. 9) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 10) Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. 11) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi, 12) Beri informasi pada ibu dan keluarga bahwa air ketuban sudah merembes, tetapi janin berada dalam kondisi baik; 13) Beritahu pada ibu tentang keadaan kehamilan dan janin. 14) beritahu kepada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan yaitu rencana operasi sectio cesar untuk itu perlu persetujuan suami dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medis. 15) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makan bergisi.

**Diagnosa 2** : Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. **NOC** : *Immune Status* (status imun), *Knowledge : Infection control* (pengetahuan : kontrol infeksi), *Risk control* (control infeksi). **Kriteria Hasil** : 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi. 2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya. 3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. 4) Jumlah leukosit dalam batas normal. 5) Menunjukkan perilaku hidup sehat. **NIC** : *Infection Control* (Kontrol infeksi) : 1)

Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. 2) Batasi pengunjung bila perlu. 3) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. 4) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 5) Gunakan sarung tangan sebagai alat pelindung. 6) Kolaborasi pemberian terapi antibiotik bila perlu. **NIC : *Infection Protection*** (proteksi terhadap infeksi) : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, 2) Monitor hasil laboratorium (leukosit). 3) Monitor kerentanan terhadap infeksi. 4) Monitor masukan nutrisi dan cairan yang cukup. 5) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep. 6) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi. 7) Ajarkan cara menghindari infeksi 8) Kolaborasi pemasangan infus dan pemberian obat.

### **3.1.6 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan **hari pertama** pada tanggal 27 Mei 2019. **Diagnosa 1** : Ansietas berhubungan dengan stressor. **Implementasi** : Menggunakan pendekatan yang menenangkan dengan cara bina hubungan saling percaya (BHSP). Menjelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. Menganjurkan suami untuk menemani ibu. Mendengarkan dengan penuh perhatian. Mengidentifikasi tingkat kecemasan. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. Memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. Memberi informasi pada ibu dan keluarga bahwa air ketuban sudah merembes, tetapi janin berada dalam kondisi baik. Memberitahu kepada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan yaitu rencana operasi Sectio caesaris untuk itu perlu persetujuan suami dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medis.

**Diagnosa 2** : Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. **Implementasi** : Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. Memonitor hasil laboratorium (leukosit). Memonitor kerentanan terhadap infeksi. 4) Memonitor masukkan nutrisi dan cairan yang cukup. Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep. Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi. Mengajarkan cara menghindari infeksi. Mengobservasi keadaan ibu, DJJ, tanda-tanda vital tiap 8 jam. Melakukan pemasangan infus Infuse RL 20ttts/menit + Injeksi dexametason 0,5 mg/iv, cefadroxil 500 mg/oral, lifron 1x1 tablet.

Pelaksanaan keperawatan **hari kedua** pada tanggal 28 Mei 2019. **Diagnosa 1** : Ansietas berhubungan dengan stressor. **Implementasi** : Menggunakan pendekatan yang menenangkan dengan cara bina hubungan saling percaya (BHSP). Menjelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. Menganjurkan suami untuk menemani ibu. Mendengarkan dengan penuh perhatian. Mengidentifikasi tingkat kecemasan. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. Memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. Memberi informasi pada ibu dan keluarga bahwa air ketuban sudah merembes, tetapi janin berada dalam kondisi baik. Memberitahu kepada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan yaitu rencana operasi Sectio caesaris untuk itu perlu persetujuan suami dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medis. **Diagnosa 2** : Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. **Implementasi** : Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. Memonitor hasil laboratorium (leukosit). **11.25** Memonitor kerentanan terhadap infeksi. 4) Memonitor masukkan nutrisi dan cairan yang cukup. Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep. Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi. Mengajarkan cara menghindari infeksi. Mengobservasi keadaan ibu, DJJ, tanda-tanda vital tiap 8 jam.

Melakukan pemasangan infus Infuse RL 20ttts/menit + Injeksi dexametason 0,5 mg/iv, cefadrxil 500 mg/oral, lifron 1x1 tablet.

### 3.1.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan selama selama dua hari di ruangan Flamboyan yaitu pada hari selasa dan rabu tanggl 28 dan 29 mei 2019. **Pada hari pertama** selasa 28 mei 2019, **Diagnosa 1** : Ansietas berhubungan dengan stressor, evaluasi dilakukan pada jam 13.00 wita, **S** : Ibu mengatakan tidak takut dan cemas menghadapi keadaan yang dialaminya sekarang dan merasa anaknya aman **O** : Ibu hamil pertama, G1P0A0, tampak ibu tenang dan tidak menanyakan keadaanya. **A** : Masalah teratasi. **P**: Intervensi dihentikan. **Diagnosa 2** : risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini (KPD), evaluasi dilakukan pada jam 13.15 wita, **S** : Ibu mengatakan masih cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih, tidak berbau. **O** : Palpasi : Leopold I: TFU 2 jari di atas pusat, (21 cm), Leopold II: punggung kiri: teraba datar seperti papan (punggung),punggung kanan: teraba bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk panggul (konvergen), Auskultasi: DJJ (+), frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat, Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau, tanda infeksi seperti merah, bengkak dan panas: tidak ada, keadaan umum: baik, kesadaran: Composmentis, TTV: TD 100/ 70 mmHg, S: 36,7<sup>0</sup> C,N: 88 kali/ menit, RR: 14 kali/ menit, tampak keluar cairan pervaginam dan tidak berbau. **A** : Risiko infeksi masih bisa terjadi. **P** : Intervensi dilanjutkan.

**Pada hari kedua** Rabu 29 mei 2019, **Diagnosa 2** : risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini (KPD), evaluasi dilakukan pada jam 13.15 wita, **S** : Ibu

mengatakan masih cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih, tidak berbau. **O** :  
Palpasi : Leopold I: TFU 2 jari di atas pusat, (21 cm), Leopold II: punggung kiri:  
teraba datar seperti papan (punggung),punggung kanan: teraba bagian kecil janin  
(ekstremitas), Leopold III: teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV:  
bagian terendah janin belum masuk panggul (konvergen), Auskultasi: DJJ (+),  
frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat,  
Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau, tanda infeksi seperti  
merah, bengkak dan panas: tidak ada, keadaan umum: baik, kesadaran:  
Composmentis, TTV: TD 100/ 70 mmHg, S: 36,7<sup>0</sup> C,N: 88 kali/ menit, RR: 14 kali/  
menit, tampak keluar cairan pervaginam dan tidak berbau. **A** : Risiko infeksi masih  
bisa terjadi. **P** : Intervensi dihentikan karena waktu praktek mahasiswa selesai.

## **3.2. Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian**

Teori menurut Mansjoer (2008) keluhan utama yang biasa ditemukan antara lain: 1) Keluar air ketuban berwarna putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan, sedikit-sedikit atau sekaligus banyak. 2) Dapat disertai demam bila sudah ada infeksi. 3) Janin mudah diraba. 4) Pada periksa dalam selaput ketuban tidak ada, air ketuban sudah kering. 5) Inspekulo : tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering.

Pada kasus nyata yang dialami Ny. D. B. ditemukan data-data antara lain: 1) Ibu mengatakan mengeluarkan cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih, tidak berbau sejak tanggal 23 Mei 2019 jam 14.00 WIT, Ibu merasa ada rembesan cairan seperti air kencing. 2) Palpasi : pada Leopold I, II, III dan IV: bayi mudah teraba, Auskultasi: DJJ (+), frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat, Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau. Ibu juga mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya sekarang, takut dengan keadaan anaknya karena baru hamil pertama.

Berdasarkan uraian diatas penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena keluhan yang terdapat pada kasus yang dialami Ny. D. B. sesuai dengan teori.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan NANDA (2015) terdapat empat diagnosa keperawatan pada kasus ketuban pecah dini (KPD) yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan terjadinya ketegangan otot rahim. Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi dan Ansietas berhubungan dengan persalinan premature dan neonatus berpotensi lahir premature.

Pada kasus nyata yang dialami Ny. D. B. ditemukan dua diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Ansietas berhubungan dengan stressor dan Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. Sedangkan dua diagnosa keperawatan lainnya yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan terjadinya ketegangan otot rahim dan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, tidak diangkat sebagai masalah oleh penulis. Hal ini disebabkan karena pada saat pengkajian dan pemeriksaan fisik terhadap Ny. D. B. tidak mengalami gangguan rasa nyaman nyeri, pengetahuan Ny. D. B. Dan suami meningkat karena sudah dijelaskan oleh bidan dan dokter spesialis kandungan (dr. SPOG) tentang keadaan yang diderita.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan NOC & NIC (2013), perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Menurut teori intervensi keperawatan yang dilakukan untuk **diagnosa 1:** Ansietas berhubungan stressor yaitu: Gunakan pendekatan yang menenangkan. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien. Dengarkan dengan penuh perhatian. 7) Identifikasi tingkat kecemasan. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi. **Diagnosa 2:**

Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini yaitu: Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. Batasi pengunjung bila perlu. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. Observasi keadaan ibu. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. Kolaborasi pemberian terapi antibiotik bila perlu. Monitor hasil laboratorium (leukosit). Ajarkan cara menghindari infeksi

Pada kasus Ny. D. B. dua diagnosa keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan stressor dan risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini, semua intervensi sudah dilaksanakan sesuai dengan teori.

Berdasarkan uraian tersebut diatas penulis menarik kesimpulan bahwa tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Ny. D. B.

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Mansjoer, 2008).

Pada hari senin, 27 Mei 2019 di lakukan implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan 1: Ansietas berhubungan dengan stressor yaitu: Menggunakan pendekatan yang menenangkan dengan cara bina hubungan saling percaya (BHSP) antara perawata dan pasien. Menjelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. Menganjurkan suaminya untuk menemani ibu. Mendengarkan semua keluhan ibu dengan penuh perhatian. Mengidentifikasi tingkat kecemasan. Mengintruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi (teknik napas dalam). Diagnosa keperawatan 2: Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain.

Membatasi pengunjung tidak boleh lebih dari 2 orang. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. Mengobservasi keadaan ibu dan janin yaitu DJJ dan tanda-tanda vital. Melakukan pemasangan infuse RL 20 tetes/menit, melayani injeksi dexametason 0,5 mg.iv, cefadroxil 500 mg/oral dan lifron 1x1 tablet/oral. Mengajarkan cara menghindari infeksi.

Pada implementasi tersebut penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana semua intervensi yang sudah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan.

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Mansjoer (2008) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan rasa ansietas dan risiko infeksi . Evaluasi yang diharapkan sesuai teori dimana dua diagnosa keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan stressor dan risiko infeksi harus teratasi.

Pada kasus yang dialami Ny. D. B. yaitu ansietas berhubungan dengan stressor dan teratasi yaitu pasien tidak lagi mengalami cemas yang ditandai dengan keadaan umum tampak segar dan tidak lagi menanyakan keadaan janinnya dan diagnose keperawatan risiko infeksi tidak terjadi yang ditandai dengan kadar leukosit dalam rentang normal. Hal ini karena adanya kerjasama yang baik dari pasien, keluarga, dokter SPOG dan tenaga medis yang lain dan dalam praktek adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan yang dilakukan selama ibu dirawat di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

Berdasarkan hal tersebut diatas pada evaluasi keperawatan penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Ny. D.B. karena semua masalah keperawatan dapat diatasi dengan baik sesuai dengan teori.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1. Kesimpulan**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pembahasan “Asuhan Keperawatan pada Ny. DB G1P0A0 dengan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang” yang menggunakan langkah mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan.

##### **4.1.1 Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. D. B. ditemukan data-data antara lain: 1) Ibu mengatakan mengeluarkan cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih, tidak berbau sejak tanggal 23 Mei 2019 jam 14.00 WIT, Ibu merasa ada rembesan cairan seperti air kencing. 2) Palpasi : pada Leopold I, II, III dan IV: bayi mudah teraba, Auskultasi: DJJ (+), frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat, Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau. Ibu juga mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya sekarang, takut dengan keadaan anaknya karena baru hamil pertama. Hal ini sesuai dengan teori sehingga penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena keluhan yang terdapat pada kasus yang dialami Ny. D. B. sesuai dengan teori.

##### **4.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang dialami Ny. D. B. yaitu: Ansietas berhubungan dengan stressor dan Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini. Sedangkan dua diagnosa keperawatan lainnya yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan terjadinya ketegangan otot rahim dan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, tidak diangkat sebagai masalah oleh penulis.

Hal ini disebabkan karena pada saat pengkajian dan pemeriksaan fisik terhadap Ny. D. B. tidak mengalami gangguan rasa nyaman nyeri, pengetahuan Ny. D. B. Dan

suami meningkat karena sudah dijelaskan oleh bidan dan dokter spesialis kandungan (dr. SPOG) tentang keadaan yang diderita.

#### **4.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Ny. D. B. dengan diagnosa 1: Ansietas berhubungan stressor yaitu: Gunakan pendekatan yang menenangkan. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien. Dengarkan dengan penuh perhatian. 7) Identifikasi tingkat kecemasan. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi. Diagnosa 2: Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini yaitu: Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. Batasi pengunjung bila perlu. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. Observasi keadaan ibu. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. Kolaborasi pemberian terapi antibiotik bila perlu. Monitor hasil laboratorium (lekosit). Ajarkan cara menghindari infeksi.

Pada kasus Ny. D. B. dua diagnosa keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan stressor dan risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini, semua intervensi sudah dilaksanakan sesuai dengan teori.

#### **4.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. D. B. yaitu: diagnosa keperawatan 1: Ansietas berhubungan dengan stressor yaitu: Menggunakan pendekatan yang menenangkan dengan cara bina hubungan saling percaya (BHSP) antara perawat dan pasien. Menjelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. Mengajak suaminya untuk menemani ibu. Mendengarkan semua keluhan ibu dengan penuh perhatian. Mengidentifikasi tingkat kecemasan.

Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi (teknik napas dalam).  
Diagnosa keperawatan 2: Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain.  
Membatasi pengunjung tidak boleh lebih dari 2 orang. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. Mengobservasi keadaan ibu dan janin yaitu DJJ dan tanda-tanda vital. Melakukan pemasangan infuse RL 20 tetes/menit, melayani injeksi dexametason 0,5 mg.iv, cefadroxil 500 mg/oral dan lifron 1x1 tablet/oral. Mengajarkan cara menghindari infeksi.

Pada implementasi tersebut penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana semua intervensi yang sudah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan.

#### **4.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. D. B. yaitu ansietas berhubungan dengan stressor dan teratasi yaitu pasien tidak lagi mengalami cemas yang ditandai dengan keadaan umum tampak segar dan tidak lagi menanyakan keadaan janinnya dan diagnose keperawatan risiko infeksi tidak terjadi yang ditandai dengan kadar leukosit dalam rentang normal. Hal ini karena adanya kerjasama yang baik dari pasien, keluarga, dokter SPOG dan tenaga medis yang lain dan dalam praktek adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan yang dilakukan selama ibu dirawat di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

Berdasarkan hal tersebut diatas pada evaluasi keperawatan penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Ny. D.B. karena semua masalah keperawatan dapat diatasi dengan baik sesuai dengan teori.

## **4.2 Saran**

### **4.2.1 Bagi Perawat**

Agar dapat mengidentifikasi tanda dan gejala ketuban pecah dini sehingga dapat melakukan antisipasi atau tindakan segera, merencanakan asuhan keperawatan pada ibu nifas dengan ketuban pecah dini.

### **4.2.2 Bagi RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang**

Disarankan agar rumah sakit dapat lebih meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini secara optimal melalui penanganan yang cepat dan tepat.

### **4.2.3 Pendidikan**

Diharapkan dengan mengetahui permasalahan yang timbul pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini ini ,dapat lebih meningkatkan ilmu pengetahuan, dalam menangani khususnya ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

### **4.2.4. Bagi Pasien**

Perlu pemahaman tentang tanda bahaya ketuban pecah dini, dan ibu diharapkan segera memeriksakan diri ke tempat pelayanan kesehatan setempat jika ibu mengalami tanda dan gejala ketuban pecah dini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asrining, S. H., S. K. N., dkk. 2003. *Perawatan Bayi Risiko Tinggi*. Jakarta : EGC
- Bulecchek. G. 2013. *Nursing Interventions Clasification (NIC)*. Edisi Keenam. Elservers. Singapura
- Kemenkes RI. 2014, 2015, 2016. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta:
- Hidayat, A.A.A. 2010. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan edisi 2*. Jakarta:Salemba
- Hakimi, 2010 : *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Ida Ayu, C. M. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- Joseph H. K. 2010. *Catatan Kuliah: Ginekologi dan Obstetri (Obsgin)*. Suha Medika : Yogyakarta
- Manuaba, I.B.G. 2013. *Buku Ajar Patologi Obstetri*. Jakarta: EGC
- Mansjoer, Arif. 2008. *Kapita Selekt Kedokteran edisi ketiga jilid I* . Jakarta : Media
- Moorhead. S. 2013. *Nursing Outcome Clasification (NOC)*. Edisi Kelima. Elservers. Singapura
- NANDA International. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC
- Nugroho. 2010. *Ilmu Patologi Kebidanan*. Jakarta : EGC.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : P.T Bina Pustaka.
- Saminem. 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan Konsep dan Praktik*. EGC. Jakarta
- Sarwono, Prawirohardjo. 2010. *Ilmu Kebidanan. Edisi 4. Cetakan ke-2*. Tridasa Printer : Jakarta
- Martaadisoebrata D. 2013. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi. Edisi 3*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC

## **,LAMPIRAN-LAMPIRAN**

1. Jadwal Kegiatan Ujian Akhir Program
2. Pengkajian dan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit
3. Lembaran Konsultasi



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG  
KEPERAWATAN MATERNITAS**



**FORMAT PENGKAJIAN ANTE NATAL**

Nama Mahasiswa : Yohana Ani NIM : PO. 530320116376  
 Tanggal Masuk : 25 Mei 2019 Jam Masuk : 16.00 Wita  
 Ruang/Kelas : Flamboyam/III Kamar No : -  
 Pengkajian Tanggal : 27 Mei 2019 Jam : 10.30 Wita

**A. Identitas Umum**

Nama Pasien : Ny. D. B. Nama Suami : Tn. B. M.  
 Umur/Tanggal Lahir : 28 Tahun/20-12-1990 Umur : 34 Tahun  
 Alamat : Soe (Kab. TTS) Alamat : Alor  
 Status Perkawinan : Belum menikah  
 Agama : Kristen Protestan Agama : Kristen Protestan  
 Suku Bangsa : Timor/Indonesia Suku Bangsa : Timor/Indonesia  
 Pendidikan Terakhir : Sarjana (S1) Pendidikan Terakhir : Sarjana (S1)  
 Nama Pasien : Ny. D. B. Jenis Kelamin : Laki-laki  
 Pekerjaan : Guru Pekerjaan : Swasta

**B. Riwayat Keperawatan**

**1. Riwayat Obstetri**

**a. Riwayat Menstruasi**

- 1) Menarche : Umur: 15 Tahun Siklus: Teratur
- 2) Banyaknya : 50 cc Lamanya : 5 hari
- 3) HPHT : 28 Oktober 2018 TP: 05 Juli 2019
- 4) UK : 29-30 minggu

**b. Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu**

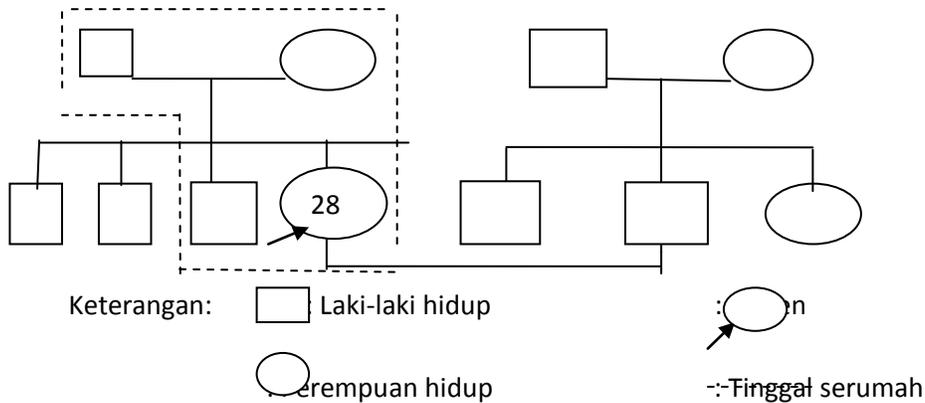
No	Tahun	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan
1	<b>Tidak ada karena hamil anak pertama</b>								
2									

**Keterangan :** Keluar cairan dari jalan lahir sejak 4 hari yng lalu (tanggal 21 Mei 2019)

**c. Kehamilan Sekarang**

1. Diagnosa : G:1 P:0 A:0 H: 29-30 Minggu
2. Imunisasi : TT 1 : Sudah diberikan TT 2: Sudah diberikan
3. ANC : 4 kali Siklus: Teratur
4. Keluhan selama hamil : Tidak ada Lamanya : 5 hari
5. Pengobatan selama hamil : Ya (Fe : 90 tablet)
6. Pergerakan Janin : Ada

**d. Genogram Keluarga:**



**2. Rencana Perawatan Bayi**

(  ) Sendiri (  ) Orang tau (  ) Lain-lain

Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi:

- Breast Care : Ibu Sudah mengetahui perawatan payudara
- Perinela care : Ibu Sudah mengetahui perawatan perineum
- Nutrisi : Ibu Sudah mengetahui nutrisi pada bayi
- Senam nifas : Ibu belum mengetahui
- KB : Ibu Sudah mengetahui alat kontrasepsi
- Menyusui Ibu belum mengetahui cara menyusui yang baik

**3. Riwayat Keluarga Berencana**

- Melaksanakan KB (  ) Ya (  ) Tidak
- Bila Ya jenis kontrasepsi apa yang digunakan : -
- Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : -
- Masalah yang terjadi : -

**4. Riwayat Kesehatan**

- Penyakit yang pernah dialami ibu : demam, batuk dan pilek
- Pengobatan yang didapat : Parasetamol tablet
- Riwayat penyakit :  
Keluarga : Tidak ada
  - Penyakit Diabetes Melitus : Tidak ada
  - Penyakit Jantung : Tidak ada
  - Penyakit Hipertensi : Tidak ada
  - Penyakit Lainnya : : Tidak ada

**5. Riwayat Lingkungan**

- Kebersihan : Lingkungan rumah selalu dibersihkan dan dirawat. sehingga bersih
- Bahaya : : Tidak ada
- Lain-lain : : Tidak ada

## 6. Aspek Psikososial

- a. Persepsi ibu terhadap kehamilan : Ibu mengatakan menerima kehamilan ini dengan baik dan pastinya bahagia .
- b. Apakah kehamilan menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari ? Ibu mengatakan tidak ada perubahan, dan aktivitasnya berjalan lancar
- c. Harapan yang ibu inginkan selama kehamilan : Ibu mengatakan menginginkan bayinya lahir dalam keadaan normal dan selalu sehat
- d. Ibu tinggal dengan siapa?  
Ibu mengatakan sementara tinggal bersama kedua orang tuanya.
- e. Siapa yang terpenting bagi ibu ?  
Ibu mengatakan yang terpenting suami dan kedua orang tuanya
- f. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini:  
Ibu mengatakan kedua rumpun keluarga menerima kehamilan ini dengan baik
- g. Kesiapan mental untuk menjadi ibu  
Ibu mengatakan akan selalu siap demi sibuah hati tercinta.

## 7. Kebutuhan Dasar Khusus

### a. Pola Nutrisi

- 1) Frekuensi makan : 3x sehari
- 2) Nafsu makan : baik, Porsi yang disajikan dihabiskan
- 3) Jenis makanan rumah : Nasi, ubi, jagungm, sayuran hijau dan lauk pauk.
- 4) Makanan yang tidak disukai/alergi/pantangan : Tidak ada.

### b. Pola Eliminasi

- 1) Buang air kecil (BAK)
  - a) Frekuensi : Kurang lebih 8 kali dalam sehari
  - b) Warna : Kuning teh
  - c) Keluhan : Tidak ada
- 2) Buang air besar (BAB)
  - a. Frekuensi : saat dikaji 1x sehari
  - b. Warna : Kuning kecoklatan
  - c. Bau : Khas feses
  - d. Konsistensi : lembek

### c. Pola Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

- 1) Mandi
  - a) Frekuensi : 2x sehari
  - b) Sabun : Memakai sabun
- 2) Oral Hygiene
  - a) Frekuensi : 2x sehari
  - b) Waktu : Pagi dan sebelum tidur malam
- 3) Cuci Rambut:
  - a) Frekuensi : 2 hari sekali keramas
  - b) Shampoo : Menggunakan shampoo

**d. Pola Istirahat dan Tidur**

- 1) Lama tidur : Kurang lebih 5 jam
- 2) Kebiasaan sebelum tidur : Mendengar musik
- 3) Keluhan : Tidak ada

**e. Pola Aktivitas dan Latihan**

- 1) Kegiatan dalam pekerjaan : Pasien bekerja sebagai guru
- 2) Waktu bekerja : Mulai jam 07.00 – 13.00 Wita (Pagi-siang)
- 3) Olahraga : Mulai hamil hanya melakukan olahraga ringan
- 4) Jenisnya : Jalan pagi dan senam
- 5) Frekuensi : 2 kali seminggu
- 6) Kegiatan waktu luang : refreking bersama keluarga dengan jala-jalan.
- 7) Keluhan dalam beraktivitas : Tidak ada

**f. Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan**

- 1) Merokok : Tidak
- 2) Minuman Keras : Tidak
- 3) Ketergantungan Obat : Tidak

**g. Pemeriksaan Fisik**

Keadaan Umum : Baik, Kesadaran : Compos Mentis, GCS : E4/V5/M6 = 15

Tekanan darah : 100/70 mmHg Nadi : 88x/ m

Pernapasan : 12x/menit Suhu : 36,7 °C

BB sebelum hamil : 48 kg, BB sekarang 51 kg, TB : 158 cm, Lila : 24 cm

Pemeriksaan :

- 1) Kepala :
  - Inspeksi : Bentuk kepala simetris dan tidak ada lesi
  - Palpasi : Tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan
- 2) Mata
  - a) Kelopak mata : Simetris
  - b) Gerakan mata : Normal
  - c) Konjungtiva : Anemis
  - d) Sklera mata : Putih
  - e) Pupil : Isokor
  - f) Akomodasi : Baik
  - g) Lainnya : Tidak ada
- 3) Hidung
  - a) Reaksi alergi : Tidak ada alergi
  - b) Sinus : Tidak ada sinusitis
  - c) Lainnya : Tidak ada
- 4) Mulut dan Tenggorokan
  - Gigi : Tidak adak caries
  - Kesulitan menelan : Tidak ada
  - Lainnya : Tidak ada
- 5) Dada dan Aksila
  - a) Mammae : Membesar
  - b) Areola mammae : Warna htam

- c) Papila mammae : Menonjol
- d) Colostrum : Ada

**Pernapasan :**

- a) Jalan napas : Normal dan lancar ( Tidak ada sumbatan)
- b) Suara napas : Vesikuler (Tidak ada suara napas abnormal)
- c) Menggunakan otot-otot bantu pernapasan : Tidak ada
- d) Lainnya : Tidak ada

6) Sirkulasi Jantung

- a) Kecepatan denyut apical : 88 kali/menit
- b) Irama : Teratur
- c) Kelainan bunyi jantung : Tidak ada
- d) Sakit dada : Tidak ada

7) Abdomen

a) Inspeksi :

- Membesar : Perut tampak membesar
- Linea/Striae : Tampak ada linea dan striae
- Luka operasi : Tidak ada

b) Palpasi

- Leopold I : TFU 3 jari diatas pusat (22 cm)
- Leopold II : Punggung kiri
- Leopold III : Presentase Kepala
- Leopold IV : Kepala belum masuk PAP

- c) Auskultasi : Denyut Jantung janin (DJJ) 150x/menit
- d) Kontraksi uterus : Tidak ada
- e) Lainnya : Tidak ada

8) Genitouri

- a) Keputihan : Tidak ada
- b) Pap smear : Tidak ada
- c) Lainnya : Tidak ada

9) Ekstremitas (Integumen/Muskuloskeletal)

- a) Turgor kulit : Elastis
- b) Warna Kulit : Sawo matang
- c) Kontraktur pada persendian : Tidak ada
- d) Kesulitan dalam pergerakan : Tidak ada
- e) Lainnya : Tidak ada

**e. Data Penunjang**

1) Laboratorium

- Rutin : HB 9,7 gr/dl
- Khusus : Tidak ada

2) USG

: Janin tunggal hidup, letak kepala, air ketuban kurang

3) Rontgen

: Tidak dilakukan pemeriksaan

**f. Terapi yang didapat**

- 1) Lifron 1 x 100 mg/oral
- 2) Dexametason injeksi 1 x 0,5 mg/iv
- 3) Cefadroxil 2 x 500 mg/oral

### C. Analisa Data

NO.	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p><b>Data Subyektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya sekarang</li> <li>Takut dengan keadaan anaknya karena baru hamil pertama.</li> </ol> <p><b>Data Obyektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu hamil pertama G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub></li> <li>Tampak ibu merasa cemas dengan sering menanyakan keadaan kehamilan dan janinnya.</li> </ol>	Stresor	Ansietas
2	<p><b>Data Subyektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu mengatakan kehamilan ini yang pertama dan belum pernah keguguran</li> <li>Ibu mengatakan menstruasi terakhir tanggal 28 Oktober 2018</li> <li>Ibu mengatakan mengeluarkan cairan dari jalan lahir yang berwarna jernih, tidak berbau sejak tanggal 23 Mei 2019 jam 14.00 WITA</li> <li>Ibu merasa ada rembesan cairan seperti air kencing.</li> </ol> <p><b>Data Obyektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Palpasi : Leopold I: TFU 2 jari di atas pusat, (21 cm), Leopold II: punggung kiri: teraba datar seperti papan (punggung),punggung kanan: teraba bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk panggul (konvergen)</li> <li>Auskultasi: DJJ (+), frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat.</li> <li>Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau, tanda infeksi seperti merah.</li> <li>TTV: TD 100/ 70 mmHg, S: 36,7<sup>o</sup> C,N: 88 kali/ menit, RR: 14 kali/ menit, tampak keluar cairan pervaginam dan tidak berbau.</li> </ol>	Ketuban pecah dini	Risiko infeksi

### D. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

- Ansietas berhubungan stressor.
- Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.

E. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Berdasarkan NANDA (2015), NOC & NIC (2013)

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Ansietas berhubungan stressor.	<p><b>Goal :</b> Pasien tidak mengalami cemas selama dalam perawatan.</p> <p><b>Obyektif :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak mengalami kecemasan yang tinggi.</p> <p><b>NOC :</b> <b>Anxiety control</b> (control kecemasan), <b>Coping</b> (Koping).</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b> a. Klien mampu mengidentifikasi kasi dan mengungkapkan gejala cemas. b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol</p>	<p><b>NIC : Anxiety Reduction (penurunan kecemasan) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan pendekatan yang menenangkan.</li> <li>Jelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan.</li> <li>Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut.</li> <li>Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis.</li> <li>Anjurkan suami untuk menemani ibu.</li> <li>Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>Identifikasi tingkat kecemasan.</li> <li>Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan.</li> <li>Motivasi pasien untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menggunakan pendekatan yang menenangkan dengan cara bina hubungan saling percaya (BHSP).</li> <li>Menjelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan</li> <li>Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut.</li> <li>Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis.</li> <li>Menganjurkan suami untuk menemani ibu.</li> <li>Mendengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>Mengidentifikasi tingkat kecemasan.</li> <li>Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan.</li> <li>Memotivasi pasien untuk</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya sekarangTakut dengan keadaan anaknya karena baru hamil pertama.</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu hamil pertama G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub></li> <li>Tampak ibu merasa cemas dengan sering menanyakan keadaan kehamilan dan janinnya.</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi <b>P :</b> Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan <b>I :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menggunakan pendekatan yang menenangkan dengan cara bina hubungan saling percaya (BHSP).</li> <li>Menjelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur tindakan</li> <li>Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut.</li> <li>Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis.</li> <li>Menganjurkan suami untuk menemani ibu.</li> </ol>

		<p>cemas.</p> <p>c. Vital sign dalam batas normal.</p> <p>d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.</p>	<p>mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.</p> <p>10. Beri informasi pada ibu dan keluarga bahwa air ketuban sudah merembes, tetapi janin berada dalam kondisi baik</p> <p>11. Beritahu kepada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan yaitu rencana operasi Sectio caeris untuk itu perlu persetujuan suami dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medis;</p>	<p>mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.</p> <p>10. Memberi informasi pada ibu dan keluarga bahwa air ketuban sudah merembes, tetapi janin berada dalam kondisi baik.</p> <p>11. Memberitahu kepada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan yaitu rencana operasi Sectio caeris untuk itu perlu persetujuan suami dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medis.</p>	<p>6. Mendengarkan dengan penuh perhatian.</p> <p>7. Mengidentifikasi tingkat kecemasan.</p> <p>8. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan.</p> <p>9. Memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.</p> <p>10. Memberi informasi pada ibu dan keluarga bahwa air ketuban sudah merembes, tetapi janin berada dalam kondisi baik.</p> <p>11. Memberitahu kepada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan yaitu rencana operasi Sectio caeris untuk itu perlu persetujuan suami dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medis.</p> <p><b>E :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya sekarang takut dengan keadaan anaknya karena baru hamil pertama</li> <li>2. Ibu hamil pertama, G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub></li> <li>3. Tampak ibu merasa cemas dengan sering menanyakan keadaan kehamilan dan janinnya</li> </ol>
--	--	---	---	--	---

2	Risiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.	<p><b>Goal :</b> Pasien tidak mengalami infeksi selama dalam perawatan.</p> <p><b>Obyektif :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.</p> <p><b>NOC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Immune Status</b> (status imun)</li> <li><b>Knowledge : Infection control</b> (pengetahuan : kontrol infeksi)</li> <li><b>Risk control</b> (control infeksi).</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.</li> <li>Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.</li> <li>Menunjukkan</li> </ol>	<p><b>NIC :</b> <b>Infection Protection</b> (proteksi terhadap infeksi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>Monitor hasil laboratorium (lekosit)</li> <li>Monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>Monitor masukkan nutrisi dan cairan yang cukup</li> <li>Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</li> <li>Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> <li>Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>Observasi keadaan ibu, DJJ, TTV tiap 8 jam</li> <li>Kolaborasi pemasangan infus dan pemberian obat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.</li> <li>Memonitor hasil laboratorium (lekosit).</li> <li>Memonitor kerentanan terhadap infeksi.</li> <li>Memonitor masukkan nutrisi dan cairan yang cukup.</li> <li>Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep.</li> <li>Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.</li> <li>Mengajarkan cara menghindari infeksi.</li> <li>Mengobservasi keadaan ibu, DJJ, tanda-tanda vital tiap 8 jam.</li> <li>Melakukan pemasangan infus Infuse RL 20tts/menit + Injeksi dexametason 0,5 mg/iv, cefadril 500 mg/oral, lifron 1x1 tablet.</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu mengatakan masih ada cairan keluar dari jalan lahir</li> <li>Ibu merasa ada rembesan cairan seperti air kencing.</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Palpasi : Leopold I: TFU 2 jari di atas pusat, (21 cm), Leopold II: punggung kiri: teraba datar seperti papan (punggung),punggung kanan: teraba bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk panggul (konvergen)</li> <li>Auskultasi: DJJ (+), frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat.</li> <li>Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau, tanda infeksi seperti merah.</li> <li>TTV: TD 100/ 70 mmHg, S: 36,7<sup>o</sup> C,N: 88 kali/ menit, RR: 14 kali/ menit, tampak keluar cairan pervaginam dan tidak berbau.</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi <b>P :</b> Intervensi nomor 1-14 dilanjutkan</p>
---	---	--	--	---	---

		<p>kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.</p> <p>4. Jumlah leukosit dalam batas normal.</p> <p>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat.</p>			<p><b>I :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.</li> <li>2. Memonitor hasil laboratorium (leukosit).</li> <li>3. Memonitor kerentanan terhadap infeksi.</li> <li>4. Memonitor masukan nutrisi dan cairan yang cukup.</li> <li>5. Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep.</li> <li>6. Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Mengajarkan cara menghindari infeksi.</li> <li>8. Mengobservasi keadaan ibu, DJJ, tanda-tanda vital tiap 8 jam.</li> <li>9. Melakukan pemasangan infus Infuse RL 20ttts/menit + Injeksi dexametason 0,5 mg/iv, cefadrixil 500 mg/oral, lifron 1x1 tablet.</li> </ol> <p><b>E :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu mengatakan masih ada cairan keluar dari jalan lahir</li> <li>2. Ibu merasa ada rembesan cairan seperti air kencing.</li> <li>3. Palpasi : Leopold I: TFU 2 jari di atas pusat, (21 cm), Leopold II: punggung kiri: teraba datar seperti papan (punggung),punggung kanan: teraba bagian kecil janin (ekstremitas),</li> </ol>
--	--	--	--	--	---

					<p>Leopold III: teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV: bagian terendah janin belum masuk panggul (konvergen)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Auskultasi: DJJ (+), frekuensi 150 kali/ menit, teratur, punctum maximum di kuadran kiri bawah pusat.</li><li>5. Inspeksi: cairan ketuban merembes, warna jernih, tidak berbau, tanda infeksi seperti merah.</li><li>6. TTV: TD 100/ 70 mmHg, S: 36,7<sup>o</sup> C,N: 88 kali/ menit, RR: 14 kali/ menit, tampak keluar cairan pervaginam dan tidak berbau.</li></ol>
--	--	--	--	--	--



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp :(0380)8800256  
Fax (0380) 8800256, Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : YOHANA ANI  
NIM : PO. 530320116376  
NAMA PEMBIMBING : NATALIA DEBI SUBANI, S.Kep, M.Kes  
NIP : 198012252002122002

<b>NO.</b>	<b>HARI/ TANGGAL</b>	<b>REKOMENDASI PEMBIMBING</b>	<b>PARAF PEMBIMBING</b>
1	Kamis, 30 Mei 2019	Konsultasi Awal: 1. Judul 2. BAB 1 : Pendahuluan 3. BAB 2 : Tinjauan Pustaka 4. BAB 3 : Hasil Studi Kasus dan Pembahasan 5. Daftar Pustaka	
2.	Sabtu, 01 Juni 2019	Perbaikan/Revisi: 1. Judul 2. BAB 1 : Pendahuluan 3. BAB 2 : Tinjauan Pustaka 4. BAB 3 : Hasil Studi Kasus dan Pembahasan 5. Daftar Pustaka Konsultasi Awal: 1. BAB 4	
3.	Senin, 10 Juni 2019	Perbaikan/Revisi: 1. Judul 2. BAB 1 : Pendahuluan 3. BAB 2 : Tinjauan Pustaka 4. BAB 3 : Hasil Studi Kasus dan Pembahasan 5. BAB 4 : Penutup (Kesimpulan dan Saran) 6. Daftar Pustaka Konsultasi Awal: 1. Abstrak 2. Daftar Isi	
4.	Selasa, 11 Juni 2019	Perbaikan/Revisi: 1. Judul 2. BAB 1 : Pendahuluan 3. BAB 2 : Tinjauan Pustaka	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. BAB 3 : Hasil Studi Kasus dan Pembahasan</li> <li>5. BAB 4 : Penutup (Kesimpulan dan Saran)</li> <li>6. Daftar Pustaka</li> <li>7. Abstrak</li> <li>8. Daftar Isi</li> </ul>	
5.	Kamis, 13 Juni 2019	Perbaikan/Revisi: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Judul</li> <li>2. BAB 1 : Pendahuluan</li> <li>3. BAB 2 : Tinjauan Pustaka</li> <li>4. BAB 3 : Hasil Studi Kasus dan Pembahasan</li> <li>5. BAB 4 : Penutup (Kesimpulan dan Saran)</li> <li>6. Daftar Pustaka</li> <li>7. Abstrak</li> <li>8. Daftar Isi</li> </ul> Arahan Pembimbing : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Makalahnya dijilid serhakan kepada dewan penguji</li> <li>2. Siap diri untuk ujian sidang tanggal 14 Juni 2019</li> </ul>	
6.	Jum'at, 13 Juni 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ujian Sidang</li> <li>2. Perbaikan Revisi dari Dewan Penguji</li> </ul>	
7.	Jum'at, 21 Juni 2019	Perbaikan/Revisi: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. BAB 1 : Latar belakang</li> <li>2. BAB 2 : Tinjauan Pustaka dan Daftar Pustaka</li> <li>3. BAB 3 Pembahasan</li> </ul>	