

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R POST PARTUM**  
**SPONTAN ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI**  
**DIRUANG BOUGENVILE RSUD SUKOHARJO**



**Disusun Oleh:**

**IMAM SYAFII**

**J200 090 073**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Disusun Guna melengkapi Tugas-Tugas dan Memenuhi

Syarat-Syarat Untuk Menyelesaikan Program

Pendidikan Diploma III Keperawatan

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2012**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R POST PARTUM  
SPONTAN ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI  
DIRUANG BOUGENVILE RSUD SUKOHARJO  
(Imam Syafi'I,2012,44 halaman)**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Ketuban Pecah Dini adalah Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas yang akan meningkatkan kesakitan dan kematian ibu maupun janinnya. Penyebab AKI terdiri dari penyebab langsung dan tidak langsung, penyebab langsung dari AKI disebabkan oleh komplikasi pada masa hamil, bersalin dan nifas atau kematian yang disebabkan oleh suatu tindakan atau berbagai hal yang terjadi akibat-akibat tindakan tersebut yang dilakukan selama hamil, bersalin dan nifas, seperti perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklamsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran.

Masa puerperium atau masa nifas di mulai setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.

**Tujuan :** Karya Tulis Ilmiah ini adalah Guna mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi appendiktomi yang meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

**Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan nyeri pasien berkurang dari skala 5 menjadi 3, pola nafas normal Rr : 20x/menit. Resiko infeksi tidak terjadi.

**Kesimpulan :** Kerjasama dengan tim kesehatan lain , pasien dan keluarga pasien sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien , komunikasi terapeutik juga membantu pasien lebih kooperatif selama dilakukan tindakan, teknik relaksasi dapat mengalihkan rasa nyeri.

**Kata kunci :** *Postpartum, Spontan indikasi Ketuban Pecah Dini, Nyeri, Resiko infeksi.*

**NURSING CARE APPLICATION FOR NY.R POSTPARTUM  
INDICATIONS OF SPONTANEOUS PREMATURE RUPTURE OF  
MEMBRANES AT BOUGENVILE WARD IN GENERAL HOSPITAL OF  
SUKOHARJO  
(Imam Shafi'i, 2012.44 pages)**

**ABSTRACT**

**Background:** premature rupture of the amniotic membranes rupture prematurely causing the possibility of infection in the womb, birth prematurity which would increase morbidity and mortality of mother and fetus. Causes of maternal mortality consisted of direct and indirect causes, direct causes of maternal mortality caused by complications during pregnancy, childbirth and postpartum or death caused by an act or a variety of things that happen the consequences of these actions are performed during pregnancy, maternity and childbirth, such as bleeding, high blood pressure during pregnancy (eclampsia), infection, childbirth and complications of miscarriage jammed.

Puerperium or puerperal period begins after parturition is completed, and ended after approximately 6 weeks. However, all new genital tool to recover to pre-existing pregnancy within 3 months.

**Purpose:** Scientific Writing this in order to know the nursing care of patients with postoperative appendektomi which includes assessment, intervention, implementation, and evaluation of nursing.

**Results:** After 3x24-hour nursing care for patients obtained pain scale decreased from 5 to 3, normal breathing pattern Rr: 20x/menit. The risk of infection does not occur.

**Conclusion:** Cooperation with other health care team, patient and patient's family is indispensable for the success of nursing care to patients, therapeutic communication also helps patients more cooperative during the action, relaxation techniques can divert the pain.

**Keywords:** Postpartum, indications Spontaneous premature rupture of membranes, pain, risk of infection.

**HALAMAN PENGESAHAN**

Telah dipertahankan di depan Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima untuk melengkapi tugas-tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan

Hari : Jum'at

Tanggal : 27 Juli 2012

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Penguji I : Winarsih Nur Ambarwati, S.Kep.Ns., M.Kep (.....)

Penguji II : Dewi Suryadari, S.Kep.Ns (.....)

Disahkan oleh

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta



Arti Widodo, A.Kep., M. Kes

NIK 630

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Sebagian besar ketuban pecah dini yang terjadi pada umur kehamilan diatas 37 minggu, sedangkan pada umur kehamilan kurang 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversial obstetric dalam kaitannya dengan penyebabnya. Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas yang akan meningkatkan kesakitan dan kematian ibu maupun janinnya (Manuaba, 2009).

Data yang diperoleh dari RSUD Sukoharjo menunjukkan jumlah persalinan dengan ketuban pecah dini pada tahun 2010 adalah sebanyak 179 orang. Persalinan dengan ketuban pecah dini biasa dijumpai pada kehamilan multipel, trauma, hidroamnion, dan gemelli. Masa nifas merupakan merupakan hal penting untuk di perhatikan guna menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Upaya ini telah menyelamatkan lebih dari separuh ibu bersalin dan bayi baru lahir yang di sertai dengan penyulit proses persalinan atau komplikasi yang mengancam keselamatan jiwa.

Berdasarkan besarnya angka kejadian Ketuban Pecah Dini maka penulis tersentuh untuk mengkaji permasalahan dengan memaparkan lewat karya tulis ilmiah dengan judul ” *Asuhan Keperawatan Pada Ny. “R” Post Partum Spontan Dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Sukoarjo tanggal 10s/d 12 Mei 2012*”, Sebagai wujud perhatian dan tanggung jawab penulis dalam memberikan kontribusi pemikiran yang berkompeten dengan masalah tersebut guna mencari solusi terbaik atas permasalahan diatas.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan umum

Agar perawat dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan dengan ketuban pecah dini berdasarkan data dan keluhan-keluhan yang di dapat dari pasien.

### 2. Tujuan khusus

- a. Melaksanakan pengkajian dan analisis data pada Ny. “R” dengan Post partum spontan Ketuban Pecah Dini di Rsud Sukoharjo.
- b. Merumuskan diagnosa / masalah aktual pada Ny. “R” dengan Post Partum Spontan Ketuban Pecah Dini di Rsud Sukoharjo.
- c. Merumuskan diagnosa / masakah potensial pada Ny. “R” dengan Post Partum Spontan Ketuban Pecah Dini di Rsud Sukoharjo.
- d. .Menetapkan rencana tindakan asuhan kebidanan pada Ny. “R” dengan Post partum Spontan Ketuban Pecah Dini di Rsud Sukoharjo.

- e. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan yang telah disusun pada Ny. "R" dengan Post Partum Spontan Ketuban Pecah Dini di Rsud Sukoharjo.
- f. Mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada Ny. "R" dengan Post Partum Spontan Ketuban Pecah Dini di Rsud Sukoharjo.
- g. Mendokumentasikan semua temuan dan tindakan yang telah diberikan pada Ny. "R" dengan Post Partum Spontan Ketuban Pecah Dini di Rsud Sukoharjo.

#### **D. Manfaat Study Kasus**

##### **1. Manfaat Keilmuan**

Untuk menambah ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan keperawatan maternitas post partum spontan dengan ketuban pecah dini.

##### **2. Manfaat bagi institusi pendidikan**

Bagi institusi pendidikan ilmu keperawatan sebagai bahan bacaan dan menambah wawasan bagi mahasiswa kesehatan khususnya mahasiswa keperawatan dalam hal penambahan pengetahuan dan perkembangan tentang post partum spontan dengan ketuban pecah dini.

##### **3. Manfaat bagi penulis**

Untuk mengetahui lebih luas dan dalam tentang tata cara penanganan post partus spontan dengan ketuban pecah dini.

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Pengertian

Persalinan normal spontan adalah peristiwa keluarnya janin, plasenta dan selaputnya pada letak belakang kepala melalui jalan lahir dan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri kurang dari 2 jam (Sulistyawati, 2010).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya/rupturnya selaput *amnion* sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD pre term adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Masa *puerperium* atau masa nifas di mulai setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Siswodarmo, 2008).

Persalinan normal spontan dengan ketuban pecah dini menurut penulis adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang sudah cukup bulan melalui jalan lahir (pervaginam) dan dengan kekuatan ibu sendiri disertai ketuban pecah dini yaitu pecahnya ketuban sebelum munculnya tanda-tanda persalinan.



## B. ETIOLOGI Ketuban Pecah Dini

Penyebab ketuban pecah dini masih belum jelas. Ada beberapa keadaan yang berhubungan dengan terjadinya KPD menurut Mitayani, (2011) di antaranya yaitu:

1. Trauma :pemeriksaan *pelvis*,dan hubungan seksual.
2. Peningkatan tekanan *intrauterus*,kehamilan kembar,atau polihidromnion
3. Infeksi vagina,*servik*,serta bakteri vagina.
4. Kehamilan preterm
5. Kelainan pada *serviks* atau alat genetalia seperti ukuran *serviks* yang pendek kurang dari 25cm.
6. Kelainan janin yang menimbulkan ketegangan pada kulit ketuban pada daerah *anfisitun uteri interna* dan kemudian pecah.
7. Kelainan/kelemahan pada kulit ketuban sendiri hal ini dipengaruhi oleh faktor kesehatan dan keadaan ibu seperti:
  - a. Keadaan umum yang jelek karena penyakit menahun
  - b. Faktor gizi yang jelek
  - c. Faktor infeksi terutama daerah *serviks*, *uterus* merambat ke atas sehingga terjadi chorioamnionitis.

### C. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Untuk menentukan pecahnya ketuban ditentukan dengan kertas lakmus. Pemeriksaan pH dalam ketuban adalah asam, dilihat apakah memang air ketuban keluar dari kanalis serviks dan adalah bagian yang pecah. Pengaruh terhadap ibu karena jalan janin terbuka dapat terjadi infeksi intraportal. *Peritonitis* dan *dry labour*. Ibu akan merasa lelah, suhu naik dan tampak gejala infeksi intra uterin lebih dahulu sebelum gejala pada ibu dirasakan. Jadi akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal. Setelah ½ jam ketuban pecah tidak terjadi persalinan spontan (partus lama) maka persalinan diinduksi (Mansjoer dkk, 2007).

Persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu:

1. Kala I dimulai dari pada saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase. Fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 5 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka diri 3 sampai 10 cm kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.
2. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayilahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
3. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
4. Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum.

#### **D. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post partum spontan dengan ketuban pecah dini menurut NANDA, (2011) antara lain:

1. Nyeri Akut b.d Trauma perineum selama proses persalinan dan kelahiran.

Intervensi:

- a. Observasi skala nyeri dng skala 1 – 10, intensitas & lokasi.

Rasional : Mengetahui tingkat nyeri & ketergantungan klien serta kualitas nyeri.

- b. Ajarkan tehnik relaksasi & menarik napas panjang.

Rasional : Meningkatkan relaksasi & rasa nyaman.

- c. Berikan penjelasan ttg penyebab nyeri & kapan hilangnya.

Rasional : Meningkatkan pengetahuan sehingga mengurangi kecemasan,klien menjadi kooperatif.

- d. Ajarkan cara mengedan yg benar jika pembeukaan sudah lengkap.

Rasional : Mengurangi kelelahan & mempercepat proses persalinan.

2. Defisit volume cairan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Intervensi:

- a. Ukur masukan/keluaran dan catat berat jenis urine.kaji turgor kulit dan produksi mucus.

Rasional: Pada adanya dehidrasi,keluaran urine menurun,peningkatan berat jenis,dan turgor kulit dan mucus turun.

- b. Pantau suhu sesuai indikasi.

Rasional: Peningkatan suhu dan nadi dapat menandakan dehidrasi atau kadang-kadang infeksi.

- c. Kaji DJJ dan data dasar, perhatikan perubahan periodic dan variabilitas.

Rasional: pada awalnya dehidrasi dapat meningkat karena dehidrasi dan hilangnya cairan. asidosis maternal yang lama dapat mengakibatkan asidosis.

- d. Lepaskan pakaian yang berlebih, sejukan tubuh dengan pakaian basah, dan pertahankan lingkungan sejuk. lindungi dari menggigil.

Rasional: menyejukan tubuh dari melalui evaporasi dapat menurunkan kehilangan diaforetik. tremor otot yang dihubungkan meningkatkan suhu tubuh dan ketidaknyamanan secara umum.

3. Ketidakseimbangan nutrisi :kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketikmampuan untuk mencerna makanan.

Intervensi:

- a. Kaji kebutuhan nutrisi ibu.

Rasional: dengan mengetahui kebutuhan nutrisi ibu dapat di nilai sejauh mana kekurangan nutrisi pada ibu dan menentukan langkah selanjutnya.

- b. Observasi tanda-tanda kekurangan nutrisi.

Rasional: untuk mengetahui sejauh mana kekurangan nutrisi akibat output yang berlebihan.

- c. Setelah 24 jam pertama beri makanan dalam porsi kecil tapi sering.

Rasional:makanan yang hangat di harapkan dapat mengurangi pemenuhan lambung dan mengurangi kerja peristaltik usus serta memudahkan proses penyerapan.

- d. Beri ibu motivasi agar mau menghabiskan makanan.

Rasional:ibu merasa di perhatikan dan berusaha menghabiskan makanannya.

4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.

- a. Anjurkan perawatan perinium setelah eliminasi setiap 4 jam dan sesuai indikasi.

Rasional:menurunkan resiko infeksi saluran asenden.

- b. Pantau suhu,nadi,pernapasan,dan sel darah putih sesuai indikasi.

Rasional:dalam 4 jam setelah membran reptur,insiden korioamnionitis meningkat secara progresif sesuai dengan waktu yang di tunjukan melalui TTV.

- c. Tekankan pentingnya cuci tangan yang baik dan benar.

Rasional:mengurangi perkembangan mikroorganisme.

- d. Berikan antibiotik *profilaktik* bila di indikasikan.

Rasional:antibiotik dapat melindungi perkembangan kariamnionitis pada ibu beresiko.

5. Inkontinensia urinarius:total b.d trauma jaringan selama kelahiran.

Intervensi

- a. Kaji masukan dan halutan urine terakhir. Catat masukan cairan.

Rasional:mengidentifikasi penyimpangan dalam pola berkemih pasien.

- b. Anjurkan pada ibu untuk berkemih setiap 2 jam.

Rasional:menerapkan pola berkemih secara teratur akan melatih pengosongan bladder secara teratur.

- c. Anjurkan pasien untuk minum 2500-3000 ml/24 jam

Rasional:minum banyak mempercepat filtrasi pada glemurolus dan mempercepat pengeluaran urine.

- d. Anjurkan pasien untuk melakukan ambulasi dini.

Rasional:ambulasi dini memberikan rangsangan untuk pengeluaran urine dan pengosongan bladder.

### **BAB III**

#### **RESUME KEPERAWATAN**

##### **A. Pengkajian umum pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Mei 2012 pada jam 10.30 wib di ruang Bougenvil RSUD Sukoharjo. Identitas pasien bernama Ny. R berusia 29 tahun agama islam pendidikan SMP pekerjaan ibu rumah tangga nomor register 190.758 tanggal masuk 09 Mei 2012 dengan diagnose medis post partum spontan ketuban pecah dini alamat Tegal sari Rt 01/01 Bulakan Sukoharjo.

**B. Analisa data.**

Tabel 3.1 Analisa Data

Hari/tgl/jam	Data subyektif & data obyektif	Masalah	Etiologi
Kamis 10/05/2012 10.30 WIB	DO: Pasien mengatakan nyeri pada perineum, skala 5 nyut-nyut hilang timbul. DO: Terdapat luka pada perineum, pengkajian nyeri P: Trauma persalinan Q: Berdenyut-denyut R: Perineum S: Skala 5 T: Intermiten TD: 110/70 mmHg suhu 36,4°C RR 18x permenit nadi 76x permenit.	Nyeri akut	Trauma perineum selama proses persalinan dan kelahiran.
Kamis 10/05/2012 10.32 WIB	DS: Pasien mengatakan belum biasa melakukan perawatan perineum dengan benar. DO: Pasien terpasang pembalut 1 buah, ganti pembalut 4xhari, ada perdarahan ± 100cc, warna merah tua, bau amis.	resiko tinggi terhadap infeksi	Invasi bakteri sekunder akibat trauma selama proses persalinan.

**C. Prioritas masalah**

1. Nyeri akut berhubungan dengan Trauma perineum selama proses persalinan dan kelahiran.
2. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan Invasi bakteri sekunder akibat trauma selama proses persalinan.

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatam

NO	Dx	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	TTG
1	Nyeri akut b.d trauma perineum selama proses persalinan dan kelahiran	<p>Tujuan: Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut bias teratasi.</p> <p>Kriteria hasil: wajah pasien rileks, pasien mengatakan skala nyeri berkurang atau hilang.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji, lokasi nyeri (Sifat ketidaknyamanan)</li> <li>2. Berikan posisi nyaman untuk pasien</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien untuk istirahat.</li> <li>4. Berikan kompres hangat missal rendam duduk.</li> <li>5. Ajarkan teknik relaksasi.</li> </ol>	Imam
2	Resiko infeksi b.d invasi bakteri sekunder akibat trauma selama proses persalinan	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko tinggi terhadap infeksi teratasi.</p> <p>kriteria hasil: tidak ada tanda infeksi pada perineum, pasien mampu melakukan perawatan perineum dengan benar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya tanda infeksi.</li> <li>2. Monitor ttv</li> <li>3. kaji lokasi dan karakteristik tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Perhatikan frekuensi dan jumlah berkemih.</li> <li>5. Anjurkan perawatan perineum(personal hiegin).</li> </ol>	Imam



## E. Implementasi

Tabel 3.3 Implementasi

Hari/tgl/jam	No .dx	Implementasi	Respon	TTG
Kamis 10/05/12 08.30	1.	Mengkaji lokasi nyeri, Sifat ketidaknyamanan	S: Pasien mengatakan nyeri pada perineum skala 5 O: Pengkajian nyeri P:Trauma persalinan Q:Berdenyut-denyut R:Perineum S:Skala 5 T:Intermiten	Imam
08.40	1.	Menganjurkan alih baring/ posisi nyaman	S: Pasien mengatakan nyaman jika posisi setengah duduk O: Pasien tampak mencoba dengan posisi semi fowler	Imam
11.30	2	Menganjurkan perawatan perineum (personal hiegin)	S: Pasien mengatakan paham tentang perawatan perineum yang benar O: Pasien terlihat mengerti dengan penjelasan perawat.	Imam
Jum'at 11/05/12 15.30 WIB	1	Menganjurkan duduk perlahan	S: Pasien mengatakan selalau perlahan-lahan jika duduk O: Pasien terlihat mengikuti saran perawat	Imam
17.25	2	Mengkaji tanda infeksi	S: Pasien mengatakan pada perineum tidak begitu sakit seperti kemarin O: Tidak ada tanda infeksi pada perineum	Imam
19.10	2	Menganjurkan ganti pembalut 2-4 kali sehari	S: Pasien mengatakan sudah melakukan ganti pembalut 2-4 kali sehari O: Pasien terlihat melakukan anjuran dari perawat.	Imam

**F. Evaluasi.** Tanggal 12 mei 2012

Tabel 3.4 Evaluasi

Tanggal/Jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	TTD
12 mei 2012 07.05	1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma perineum selama proses persalinan dan kelahiran, involusi uterus	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 5 ke 3 O: wajah pasien Nampak rileks, skala nyeri berkurang P:Trauma persalinan Q:Berdenyut-denyut R:Perineum S:Skala 5 ke 3 T:Intermiten A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi di lanjutkan kaji lokasi nyeri,beri psisi nyaman,beri waktu istirahat pasien.	Imam
12 mei 2012 07.15	2. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan invasi bakteri sekunder akibat trauma selama proses persalinan	S: Pasien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan perineum dengan benar. O: Tidak ada tanda-tanda infeksi dan pasien kooperatif. A: Masalah teratasi. P: Intervensi di hentikan untuk mengatasi resiko tinggi terhadap infeksi.	Imam

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. PELAKSANAAN TINDAKAN**

Tindakan yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah nyeri akut adalah mengkaji lokasi nyeri dan sifat ketidaknyamanan, rasionalnya untuk mengetahui hal-hal yang memperberat rasa ketidaknyamanan atau nyeri. Mengajukan alih baring untuk posisi nyaman, rasionalnya misal dengan posisi semi Fowler membuat kondisi pasien lebih rileks sehingga mengurangi rasa ketidaknyamanan. Mengajukan untuk duduk perlahan, rasionalnya dengan duduk perlahan mengurangi tekanan yang berat pada perineum sehingga mengurangi rasa nyeri.

Kelemahan jika masalah tersebut tidak diangkat adalah ketika pasien merasa kesakitan menahan nyeri akan menyebabkan pasien tidak dapat melakukan latihan untuk aktifitas.

Kekuatan masalah tersebut ditegakkan karena pasien dapat merasakan nyaman dan tidak nyeri sehingga pasien mau mencoba dan berlatih untuk memulai aktifitas yang ringan.

Evaluasi dari tindakan yang dilakukan, evaluasi subyektif: pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 5 ke 3, evaluasi obyektif: wajah pasien nampak rileks, pasien kooperatif sehingga dapat disimpulkan masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

## **B. EVALUASI**

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan yang penting untuk menjamin ketepatan asuhan keperawatan yang diberikan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan Trauma perineum selama proses persalinan dan kelahiran, involusi uterus.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan didapatkan hasil evaluasi subyektif: pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 5 ke 3, obyektif: wajah pasien nampak rileks, skala nyeri berkurang, pasien kooperatif, masalah teratasi sebagian, intervensi di lanjutkan untuk mengatasi nyeri akut.

2. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan Invasi bakteri sekunder akibat trauma selama proses persalinan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan didapatkan hasil evaluasi subyektif: pasien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan perineum dengan benar, obyektif: tidak ada tanda-tanda infeksi dan pasien kooperatif, masalah teratasi, intervensi di hentikan untuk mengatasi resiko tinggi terhadap infeksi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah penulis mempelajari teori dan pengalaman langsung di lahan praktek melalui studi kasus tentang Manajemen Asuhan Keperawatan pada Ny."R" dengan Post Partum Spontan indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Sukoharjo tanggal 10-12 Mei 2012, maka dalam bab ini penulis menarik kesimpulan dan saran-saran sebagai berikut:

#### **A. Kesimpulan**

1. Keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit menular.
2. Nyeri sangat berpengaruh pada ketidaknyamanan pasien tentang cara perawatan perineum.
3. Kebersihan adalah hal yang sangat di perhatikan untuk menghindarkan dari infeksi, untuk ibu post partum harus menjaga kebersihan perineum, dengan cara melakukan perawatan perineum dengan benar, mengganti pembalut 2-4 kali sehari.
4. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny.R penulis melakukan kolaborasi dengan perawat ruangan, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan yang lain dapat dilaksanakan dengan baik.
5. Pendokumentasian sangat penting dilaksanakan pada setiap tahap dari proses manajemen kebidanan, karena hal ini merupakan bukti pertanggungjawaban bidan terhadap asuhan kebidanan yang telah diberikan terhadap klien.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Rumah sakit**

Sebaiknya pihak RSUD Sukoharjo menempatkan perawat/bidan tetap yang bertugas di ruang bersalin, nifas / perawatan ginekologi dan ruang bayi agar setiap klien mendapatkan kualitas pelayanan yang profesional sesuai dengan disiplin ilmu yang dimiliki petugasnya.

### **2. Bagi Perawat**

- a. Diharapkan seorang perawat agar dapat lebih profesional dengan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki sehingga dapat mendeteksi dini kasus-kasus yang patologi khususnya dalam kasus post partum spontan ketuban pecah dini agar tidak terjadi komplikasi yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayinya.
- b. Diharapkan seorang perawat harus lebih terampil dan selalu siap dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam mendiagnosis suatu masalah yang di hadapi pasiennya agar tindakan dan pengobatan cepat dan tepat sesuai kebutuhan klien.
- c. Diharapkan seorang bidan dalam melaksanakan tugasnya di perlukan adanya kerjasama antar tim dan diperlukan ketersediaan dana dan prasarana yang memadai dalam meningkatkan mutu pelayanan asuhan pada klien.

3. Bagi tenaga kesehatan lain

Untuk lebih memberikan informasi untuk kesembuhan pasien,  
yang mungkin perawat kurang mengetahui hal itu.

4. Bagi pasien

Pasien di harapkan untuk tetap melakukan intervensi yang sudah diajarkan atau di sarankan oleh perawat guna mencegah infeksi dan bisa merawat bayi dan dirinya sendiri dengan benar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J. 2009. *Buku saku diagnosa keperawatan* (Alih bahasa: Monica Ester). Edisi 10. Jakarta: EGC
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2009. *Modul Kebidanan*. Semarang: Dinkes
- Jensen, Lowdermilk dan Bobak. 2005. *Keperawatan maternitas*. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Manuaba. 2009. *Buku Ajar Patologi Obstetri*. Jakarta: EGC
- Mansjoer, A. Kuspuji Riyanti. Rakhmi Savitri. Wahyu Ika Wardhani dan Wiwiek Setiowulan. 2007. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi ke-3 Jilid 1. Jakarta: Media Aesculapius
- Mitayani, 2011. *Asuhan keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika
- NANDA, 2011. *Panduan klasifikasi dan Diagnosa Keperawatan*. Alih bahasa: Sumarwati. Jakarta: Prima Medika.
- Rukiyah, A.Y dan Lia Yulianti. 2010. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Medika
- Saleha, S. 2009. *Asuhan kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Siswosudarmo, R. 2008. *Obstetri Fisiologi*. UGM: Pustaka Cendikiawan
- Sulistiyawati, A. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.