BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Ny.S dengan persalinan prematuryang dilaksanakan pada tanggal 08 sampai dengan 10 mei 2015 di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya .

3.1 Pengkajian

tanggal 08 mei 2015 jam 08.30 WIB

3.1.1 Pengumpulan data

a Identitas klien

Nyonya S, umur 18 tahun suku jawa, bangsa indonesia status kawin, agama islam, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat asem jaya V/5 surabaya. Identitas suami tuan A umur 20 tahun, suku jawa, bangsa indonesia, agama islam, pendidikan SMA, pekerjaan swasta, alamat asem jaya V/5 surabaya. Hamil anak pertama G1P0000 usia kehamilan 34 minggu .

b Keluhan utama

Klien mengatakan ketuban sudah pecah jam 07.15 wib, gelisah dan cemas dalam meghadapi proses persalinan, klien mengatakan mengantuk.

c Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang ke ruang bersalin pada tanggal 07 Mei 2015 jam 22.00 dengan keluhan perut kenceng – kenceng. Keluarga klien mengatakan sejak pagi hingga sore klien membantu membersihkan duri ikan dengan posisi duduk dibawah dengan kursi pendek, setelah dilakukan pemeriksaan belum terdapat pembukaan serviks, HIS 3 kali selama 10 menit , DJJ 155. Dokter menganjurkan MRS dan diberikan terapi infus RL , kaltrofen supp 2 (ekstrak) dan bedres total .

d Riwayat kesehatan yang lalu

klien mengatakan sebelumnya belum pernah hamil G1P0000. Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi atau penyakit yang mempengaruhi kehamilan seperti hipertensi, diabetes melitus.

e Riwayat kesehatan keluarga

Dari anamnese didapatkan bahwa keluarga klien juga tidak pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus, preeklamsia atau eklamsia serta keturunan kembar .

f Riwayat psikososial

Klien mengatakan selama dirumah tidak mengalami perubahan emosi / mental setelah dirumah sakit kadang meningkat ini terbukti apabila suami tidak ada disampingnya klien akan menangis, sedang interaksi dengan keluarga dan masyarakat baik dengan dokter maupun perawat juga baik . sehingga klien mudah untuk diajak kerja sama dalam melaksanakan tugas keperawatan .

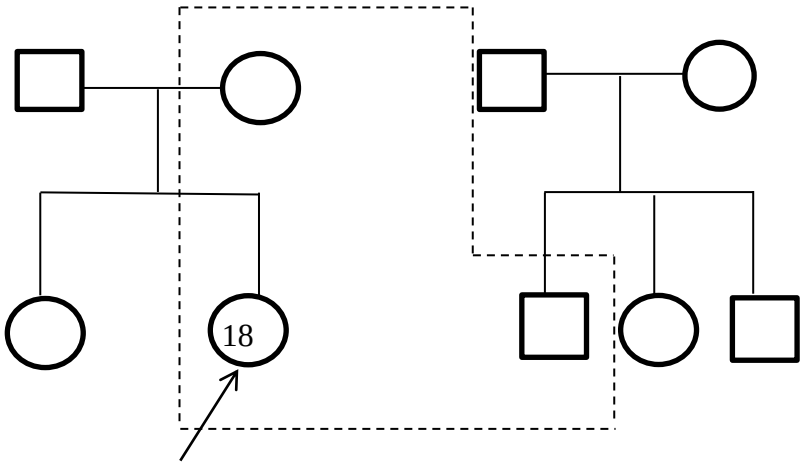
g Riwayat kebidanan

1. Riwayat haid menarche 13 tahun , siklus 28 hari lamanya 7 hari kadang nyeri pada waktu haid (disminorrhoe)
2. Riwayat perkawinan

   Klien menikah umur 18 tahun , lama menikah 6 bulan .
3. Riwayat kehamilan

   Hari pertama haid terakhir 14-09-2014, tanggal perkiraan persalinan klien mengatakan lupa. Menurut perkiraan perawat tanggal perkiraan lahir 21 Juni 2015.

h Genogram



Keterangan :

: Laki – laki

: Perempuan

: Pasien

: tinggal satu rumah

i Pola – pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat .

SMRS : Klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat makan makanan yang bergizi ,menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, klien tidak merokok, klien tidak minum minuman berakohol, klien mengatakan memeriksakan kehamilannya secara teratur di Rumah sakit Muhammadiyah sejak kehamilan 3 bulan, klien mengatakan tidak meminum obat yang diberikan dokter secara teratur (vitamin dan tablet merah).

MRS : klien mengatakan ketika masuk Rumah Sakit Muhammdiyah hanya bisa berbaring di tempat tidur dikarenakan bedtres total.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

   SMRS : Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan tidak teratur kadang 2 kali sehari dengan jenis nasi , sayur , lauk pauk dan mengurangi garam.

   MRS : Setelah masuk rumah sakit dari tanggal 07 mei 2015 sampai 08 mei 2015 klien makan 2 roti tawar saat malam jam 08.00 klien makan 4 sendok nasi, minum secukupnya.

3. Pola aktifitas dan latihan

   SMRS :Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit dapat melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, menyapu, memasak dalam melakukan aktifitasnya klien tidak merasa sesak.

   MRS : Setelah masuk rumah sakit klien harus istirahat tirah baring dan tidur miring untuk mempercepat persalinan, kebutuhan dirinya sebagian dibantu seperti buang air besar, buang air kecil dan mandi.

4. Pola eliminasi

   SMRS : Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit dapat melakukan buang air besar 1 kali sehari dan buang air kecil 4 – 5 kali sehari tanpa ada keluhan.

   MRS : Setelah masuk rumah sakit klien belum buang air besar, jam 07.15 klien masih bisa buang air kecil spontan, namun jam 11.00 klien buang air kecil dikateter sementara karena kesulitan mengeluarkannya secara spontan .

5. Pola tidur dan istirahat

   SMRS : Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur tiap harinya 6 sampai 8 jam dengan memakai bantal , guling , selimut dan penerangan redup .

   MRS : Setelah masuk rumah sakit klien mengatakan sulit untuk tidur sebentar – sebentar bangun karena adanya

nyeri (his) setiap 15 menit dan berlangsung selama 5 sampai 10 menit.

6. Pola sensori kognitif

   Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan juga tidak mengalami perubahan.pada proses berfikir, isi pikiran dan daya ingat, semua ini terbukti bahwa bila mendapatkan pertanyaan dijawab dengan baik dan benar. Klien mengatakan nyeri saat his datang seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7.

7. Pola persepsi diri

   Klien mengatakan cemas dan gelisah karena proses persalinan, klien sering bertanya pada petugas kesehatan kapan waktu melahirkan. Klien mengatak belum tahu cara merawat bayi karena kehamilan yang terlalu muda dan tidak terencana, klien juga belum tau jenis – jenis KB dan akan menggunakan KB jenis apa.

8. Pola hubungan dan peran

   Klien mengatakan hubungan dengan keluarga selama dirumah dan dirumah sakit tetap dalam hubungan yang harmonis (terbukti bahwa selalu didampingi keluarga). selain itu klien berperan sebagai ibu rumah tangga dan istri, klien belum siap menjadi ibu muda dari anaknya karena masih belum tau cara merawat bayi.

9. Pola reproduksi dan seksual

   Sebelum masuk rumah sakit klien melakukan hubungan seksual dengan suaminya tanpa ada keluhan. Setelah masuk rumah sakit klien mempersiapkan persalinannya.

10. Pola Penanggulangi Stres

    Klien akan menangis jika suami tidak ada didekatnya.

11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

    Klien mengatakan beragama islam, klien percaya bahwa proses persalinannya akan berjalan dengan lancar dan klien selalu berdoa kepada Allah SWT atas persalinan anak pertamanya.

j Pemeriksaan fisik(inspeksi, palpasi,auskultasi)

1. Keadaan umum

   Kesadaranm kompos metis, tidak ada odem pada kedua tungkai tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 37°C nadi 80 kali permenit respirasi 20 kali per menit skala nyeri 7, tinggi badan 155 cm, berat badan 60 kg .

2. Kepala

   Bentuk kepala simetris tak ada benjolan, rambut bersih, wajah gelisah dan sering menyeringai menahan sakit, tidak didapatkan odem pada wajah dan palpebra, ditemukan mata berkantung, wajah tampak lelah dan wajah akan menyeringai saat his datang, interes pada sklera, pada leher tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

3. Dada

   Bentuk dada simetris tidak ada pernafasan tambahan (whezing, ronchi) maupun pergerakan cuping hidung, bentuk payudara simetris payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrom belum keluar tidak terdapat pembengkakan dan nyeri tekan .

4. Abdomen

   bentuk simetris, Striage gravidarum didapatkan linea nigra, HIS datang 4 kali dalam 10 menit, perut kenceng – kenceng rasanya seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 7, Tidak ada bekas jahitan opersi

   <u>Palpasi</u>

   1) Leopold I : TFU 3 jari dibawah procssus xyphoideus, TFU : 26 cm, pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
   2) Leopold II : situs anak membujur terhadap sumbu panjang ibu, sebelah kanan ibu teraba keras seperti papan, panjang dan punggung bayi teraba di kanan (PUKA)
   3) Leopold III : Pada bagian bawah rahim teraba keras bulat dan melenting, Kepala sudah tidak bisa digerakkan berarti sudah masuk PAP

4) Leopold IV : Perabaan tangan divergen (kedua tangan bertemu atau masuk PAP).

Perkusi : Tympani

Auskultasi : DJJ 155 x/menit, Bising usus terdengar 8 x/menit

5. Genetalia

   Keluar lendir bercampur darah dari vagina, tidak didapatkan varises maupun edema pada vulva tidak didapatkan sikatrik pada perineum. pada pemeriksaan VT terdapat Ø serviks sudah terbuka 4 cm, ketuban sudah pecah .

6. Anus

   Terdapat hemoroid

7. Punggung

   Bentuk simetris tidak didapatkan kifosis ataupun lordosis .

8. Integumen

   Tidak didapatkan sianosis , turgor kulit normal ,warna kulit kuning langsat .

9. Muskuluskeletal

   Pergerakan normal tidak ada kelumpuhan pada kedua ekstemitas , tidak ada odem pada ekstremitas. Terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri.

j. Pemeriksaan laboratorium

   Hasil pemeriksaan laborat tanggal 07 mei 2015 .

   H.B = 11,3 gram % .

3.1.2 Analisa data

a. Kelompok data pertama (tanggal 08 mei 2015)

   1. Data subyektif :

      klien mengatakan pada tanggal 08 mei 2015 ketuban pecah pada jam 07.15 wib.

   2. Data obyektif

a) Cairan ketuban berwarna putih jernih.
b) Riwayat kehamilan G1P0000
c) HIS 4 kali selama 10 menit
d) Pembukaan serviks 4 cm
e) Tekanan darah 110/70 mmHg .
f) Suhu 37 ^{o}C

3. Masalah : resiko infeksi
4. Kemungkinan penyebab : ketuban pecah dini

b. Kelompok data kedua (tanggal 08 mei 2015)

1. Data subyektif
   a) Klien mengatakan khawatir dan cemas akan persalinan anak pertama
2. Data obyektif
   a) Riwayat kehamilan G1P0000.
   b) Klian tampak cemas.
   c) Klien terlihat gelisah
   d) Klien sering bertanya kapan waktu melahirkan
   e) Klien menangis jika suami tidak ada didekatnya.
3. Masalah : cemas
4. Kemungkinan penyebab :kurang pengetahuan Persalinan prematur

c. Kelompok data ketiga (tanggal 08 mei 2015)

1. Data subyektif

   Klien mengatakan perut kenceng – kenceng seperti ditusuk – tusuk.
2. Data obyektif
   a) Wajah menyeringai
   b) Skala nyeri 7
   c) His 4x selama 10 menit
   d) Pembukaan serviks 4 cm
   e) Kala 1, fase aktif
3. Masalah : nyeri persalinan

4. Kemungkinan penyebab : kontraksi uterus

3.1.3 Diagnosa keperawatan

1. Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.
2. Cemas berhubungan dengan proses persalinan ditandai dengan klien mengatakan khawatir dengan proses persalinan.
3. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus ditandai dengan nyeri hebat seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 7.

3.1.4 Perencanaan / Implementasi

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan prioritas masalah yang mengancam jiwa mengganggu fungsi organ, mengganggu keutuhan organ dan mengganggu kesehatan dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan masalah sesuai prioritas sebagai berikut :

A. Diagnosa keperawatan satu (08 Mei 2015)

Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.keadaan umum pasien lemah, ketuban sudah pecah sebelum persalinan dengan usia kandungan 34 minggu, riwayat kehilan G1P0000. TFU : 26 cm, TD : 110/70 mmHg, nadi : 80 x/menit, suhu:37 ^{o} C. pembukaan serviks 4 cm.

a. Tujuan

Setelah diberikan tindakan keperawatan 6 jam di harapkan memperlihatkan kemajuan tanpa terjadi komplikasi infeksi.

b. Kriteria hasil

1. Tidak terjadi peningkatan suhu
2. Dalam 6 jam serviks sudah pembukaan lengkap

c. Rencana tindakan

a. Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik

Rasional : Untuk memudahkan perawat melakukan tindakan.

b. Kaji terhadap tanda gejala infeksi antara lain adanya tanda - tanda peningkatan suhu tubuh setiap 4 jam sekali.
   Rasional: jika ditemukan gejala infeksi akan segera diambil jalan persalinan secara caesar.
c. Berikan lingkungan yang nyaman untuk klien.
   Rasional: Agar istirahat klien terpenuhi.
d. Dengarkan Detak jantuk janin (DJJ)
   Rasional: Untuk memantau keadekuatan detak jantung janin.
e. Mempertahanka tekhnik septik dan aseptik dalam melakukan vt.
   Rasional: mencegah terjadinya infeksi.
f. Observasi TTV tiap 4 jam .
   Rasional: Untuk melihat perkembangan kesehatan klien
g. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat perangsang.
   Rasional:mempercepat proses persalinan.

B. Diagnosa keperawatan yang kedua

Cemas berhubungan dengan proses persalinan ditandai dengan klien mengatakan khawatir dengan proses persalinan dan sering bertanya pada petugas kesehatan kapan waktu melahirkan.

1. **Tujuan**

   Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 jam Cemas berkurang

2. **Kriteria hasil**

   a. Klien lebih tenang dalam mempersiapkan persalinan.
   b. Klien dapat mengontrol kecemasannya.

3. **Rencana tindakan**

   a. Berikan lingkungan yang tenang untuk klien.
      Rasional: untuk mengurangi kecemasan
   b. Berikan informasi tentang prosedur persalinan.
      Rasional: dengan mengetahui prosedur persalinan diharapkan mengurangi kecemasan klien
   c. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaannya.
      Rasional: Menambah pemahaman terhadap klien.

d. Berikan suport spiritual.

Rasional: Memberi ajaran agama agar klien tetap tegar.

C. Diagnosa keperawatan yang ketiga

Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus ditandai dengan nyeri hebat seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 7.

1. **Tujuan** :

Setelah di lakukan tindakan keperawatan 4 jam klien dapat beradaptasi terhadap nyeri akibat kontraksi/his.

2. **Kriteria hasil :**

a. Klien mampu melaksanakan managemen nyeri.
b. Kontraksi semakin adekuat
c. Pembukaan lengkap

3. **Intervensi :**

a. Ajarkan klien tekhnik distraksi dan relaksasi seperti nafas panjang saat kontraksi.

Rasional : klien dapat mengatasi nyeri yang timbul.

b. Ciptakan lingkungan yang nyaman kepada klien dengan menutup tirai tempat tidur klien

Rasional : Lingkungan yang nyaman akan membuat klien lebih tenang.

c. Ajarkan kepada keluarga klien untuk mengusap daerah lumbal saat terjadi kontraksi

Rasional : Supaya mempercepat persalinan klien

d. Observasi his (durasi, frekwensi) dan pengeluaran pervagina.

Rasional : memantau keadaan klien.

3.1.5 Pelaksanaan

A. Diagnosa keperawatan pertama (08 Mei 2015)

Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini..

Pelaksanaan tanggal 08 Mei 2015

1. Jam 08.00 wib : membina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik

Respon : klien menjawab pertanyaan dan mendengarkan dengan baik.

2. Jam 08.15 wib : mengkaji tanda gejala dan infeksi (peningkatan suhu tubuh dan nadi) , melakukan vt.

   Respon : klien mematuhi tindakan keperawatan yang diberikan TD : 110/70 mmHg, Nadi : 80 x/menit, Suhu : 37 ^{o}C, RR : 18 x/menit, pembukaan serviks 5cm.

3. Jam 09.00 wib : Berikan lingkungan yang nyaman untuk klien dengan menutup tirai.

   Respon : klien terlihat lebih tenang dan tidak berteriak - teriak.

4. Jam 09.30 wib : mendengarka DJJ

   Respon : klien mematuhi tindakan keperawatan yang diberikan, DJJ : 156x/menit

5. Jam 10.00 wib : kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat perangsang melalui rectal (kaltrofen supp 2)

   Respon : Klien mematuhi tindakan keperawatan yang dilakukan.

6. Jam 11.00 wib : melakukan vt dengan mempertahankan tekhnik septik dan aseptik.

   Respon : Klien kooperatif dengan tindakan keperawatan yang diberikan , pembukaan serviks 8cm.

7. Jam 13.00 wib : Membantu mempersiapkan dan menolong proses persalinan .

   Respon : TD : 110/70 mmHg , Suhu : 36 ^{o}C, Nadi : 80 x/menit, RR : 18x/menit.DJJ 166 x/menit dan His 5 kontraksi dalam 10 menit, pembukaan lengkap. Jam 13.20 klien memasuki KALA II persalinan ditandai dengan klien merasa ingin mengeran bersamaan dengan kontraksi, perineum terlihat menonjol dan jam 13.45 klien melahirkan bayi laki – laki dengan BB : 2200 gram, PB : 45 cm, LK

: 32 cm, A-S : 6-7. KALA III : 15 menit kemudian placenta lahir lengkap dengan lebar: 18 cm dan tebal 2 cm, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari diatas pusar, tidak terjadi perdarahan. KALA IV: keadaan umum klien cukup, TD: 110/70 mmHg, Suhu : 36^{5o} C, Nadi: 88x/menit selama 2 jam observasi tidak ada peningkatan suhu tubuh.

B. **Diagnosa keperawatan kedua**

Cemas berhubungan dengan proses persalinan ditandai dengan klien mengatakan khawatir dengan proses persalinan.

Pelaksanaan tanggal 08 Mei 2015

1. Jam 09.30 wib : menganjurkan klien mengungkapkan perasaan cemasnya pada suami.

   Respon :klien terlihat mulai mengungkapkan kecemasannya pada suami
2. Jam 10.00 wib : memberi informasi mengenai keadaan klien mengenai proses persalinan.

   Respon : klien terlihat lebih tenang setelah tahu keadaannya
3. Jam 12.00 wib : memberikan support spiritual kepada klien dengan membaca ayat-ayat pendek sambil menunggu persalinan.

   Respon : klien membaca istighfar dan doa – doa pendek yang klien bisa.

C. **Diagnosa keperawatan ketiga**

Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus ditandai dengan nyeri hebat seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 7.

Pelaksanaan tanggal 08 Mei 2015

1. Jam 09.00 wib : mengajarkan klien relaksasi seperti menarik nafas panjang saat kontraksi (his) datang.

   Respon : Klien melakukannya dengan baik saat his datang.

2. Jam 09.15 wib : menciptakan lingkungan yang nyaman dengan menutup tirai dan membatasi keluarga yang menunggu hanya 1 orang untuk klien.

   Respon : Klien terlihat nyaman dengan tindakan keperawatan yang diberikan.
3. Jam 10.00 wib : mengajarkan tekhnik distraksi kepada keluarga klien untuk mengusap lumbal saat terjadi kontraksi(his)

   Respon : suami klien dan melakukan yang diajarkan perawat. Jam 13.00 kontraksi semakin adekuat klien sudah pembukaan lengkap dan jam 13.45 wib klien melahirkan.
4. Jam 13.00 wib :Observasi his(durasi, frekwensi) dan pengeluaran pervagina.

   Respon :klien kooperatif, his dalam 10 menit 5 kali kontraksi, keluar cairan lendir bercampur darah dari vagina.

3.1.6 Evaluasi keperawatan

1. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.

   Tanggal 08 mei 2015

   Subyektif : -

   Obyektif : tidak ada tanda gejala infeksi seperti kenaikan suhu tubuh, dalam 6 jam serviks sudah pembukaan lengkap, jam 13.45 wib klien melahirkan, Suhu : $36^{5\,o}$ C.

   Assesment : masalah teratasi

   Planning : intervensi dihentikan

2. Cemas berhubungan dengan proses persalinan ditandai dengan klien mengatakan khawatir dengan proses persalinan

   Tanggal 08 mei 2015

Subyektif : klien mengatakan lebih tenang

Obyektif : klien terlihat lebih tenang dan tidak menangis lagi.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : intervensi dihentikan

Tanggal 08 mei 2015

3. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus ditandai dengan nyeri hebat seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 7.

Subyektif : -

Obyektif : klien kooperatif dalam melaksanakan managemen nyeri yang diberikan perawat, kontraksi semakin adekuat, klien melahirkan jam 13.45 wib.

Assesment : masalah teratasi

Planning : intervensi dihentikan