
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. U G1P0A0 DENGAN
KOMPLIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI RUANG KENARI
RSD. KALISAT JEMBER**

Oleh:

Mimin Fajrotus Sahbiyah (1601021012)

(Program Studi Diploma III Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jember)

E-mail: miminfajrotus123@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Menurut Rukiyah (2009), *Intranatal* merupakan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari perut ibu, pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa adanya komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Berdasarkan data dari RSD. Kalisat Jember jumlah ibu *inpartu* dengan komplikasi preeklampsia pada tahun 2017 ialah, preeklampsia ringan sebanyak 105 orang, preeklampsia berat sebanyak 88 orang, pada tahun 2018 preeklampsia ringan sebanyak 238 orang dan preeklampsia berat sebanyak 109 orang, sedangkan pada tahun 2019 dari bulan Januari sampai bulan April jumlah ibu *inpartu* dengan preeklampsia ringan sebanyak 99 orang dan ibu *inpartu* dengan preeklampsia berat sebanyak 30 orang.

Tujuan: Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu *inpartu* dengan komplikasi preeklampsia berat yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Hasil: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam pada Ny. U ditemukan diagnosa prioritas, diagnosa yang pertama yaitu: nyeri persalinan, kedua resiko tinggi foetal distress pada janin, ketiga ansietas, diagnosa keempat kelelahan. Diagnosa keperawatan dapat teratasi setelah ibu melahirkan.

Kesimpulan: Setelah penulis melakukan pembahasan mengenai pengkajian pada Ny. U *inpartu* primigravida dengan komplikasi preeklampsia berat di Ruang Kenari RSD.

Kalisat Jember, pada tanggal 13 april 2019 dan setelah penulis melakukan pengambilan data, maka penulis mengambil kesimpulan dan memberikan saran yang bermanfaat untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Kata kunci: inpartu dengan komplikasi preeklamsi berat (PEB) ialah kehamilan yang disertai dengan penyakit hipertensi pada ibu dengan usia kehamilan 20 minggu atau lebih.



**NURSING CARE IN NY. U G1P0A0 WITH COMPLICATIONS OF
HEAVY PREEKLAMPSIA (PEB) IN RSD. KENARI ROOM. JEMBER
KALISAT.**

By:

Mimin Fajrotus Sahbiyah (1601021012)

(Diploma III Nursing Study Program, Universitas Of Muhammadiyah Jember)

E-mail: miminfajrotus123@gmail.com

ABSTRACT

Background: According to Rukiyah (2009). Intranatal is a series of events that end with the removal of term infants, followed by removal of the placenta and fetal membranes from the mother's abdomen, expenditure of the results of conception that occurs in term pregnancy (37-42 weeks), spontaneous births with a percentage of the back of the head that lasts no more than 18 hours without complications for both the mother and fetus. Based on data from RSD. Kalisat Jember the number of mother in labor with complications of preeclampsia in 2017 is, mild preeclampsia as many as 105 people, severe preeclampsia is 88 people, in 2018 mild preeclampsia is 238 people and severe preeclampsia is 109 people, while in 2019 from January to April the number of mothers in labor with mild preeclampsia was 99 people and those in women with severe preeclampsia were 30 people .

Objective: To be able to carry out nursing care for mothers in labor with severe preeclampsia complications which include assesment, formulation of diagnoses, inteventions, implementation and evaluation.

Results: After doing nursing care for 1 x 24 hours at Ny. U was found a priority diagnosis, the first diagnosis was: labor pain, second, high risk of fetal distres in the fetus, third anxiety, fourth diagnosis of fatigue. Nursing diagnoses can be resolved after the mother gives birth.

Conclusion:After the author conducted a discussion about the assesment in Ny.U primigravida with complications of severe preeclampsia in Canary Room RSD. Kalisat Jember, on april 13, 2019 and after the authors draw conclusions and provide useful advice to improve quality nursing care.

Keywords: Labor with severe preeclampsia (PEB) complication is pregnancy accompanied by hypertension in women with 20 weeks of gestation or more.



PENDAHULUAN

Intranatal merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi atau pengeluaran bayi yang cukup bulan atau mendekati cukup bulan yang dapat hidup diluar kandungan, dan disusul dengan pengeluaran plasenta baik secara spontan maupun dengan bantuan (Rahmawati, 2017). Menurut Rukiyah (2009), *Intranatal* merupakan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari perut ibu, pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa adanya komplikasi baik bagi ibu maupun janin. *Intranatal* disebabkan karena ada faktor hormon, struktur rahim, dan tekanan pada syaraf dan nutrisi (Nugroho, 2012).

METODE PENELITIAN

pada karya tulis ilmiah ini dilakukan metode penelitian dengan cara pendekatan proses keperawatan yaitu, serangkaian tindakan yang sistematis, beraturan, berkelanjutan/berkesinambungan untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Sasaran asuhan yang diberikan dapat dilakukan pada individu atau kelompok, masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan ialah sedang terjadi, atau berisiko terjadi, maupun masalah yang positif. Asuhan dapat berupa promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Rohani & Reni, 2011).

KONSEP MEDIS

1. Definisi

a. Inpartu

Rahmawati (2017)

mengatakan, *inpartu* ialah suatu proses pengeluaran

hasil konsepsi atau pengeluaran bayi yang

cukup bulan atau mendekati cukup bulan yang dapat hidup diluar kandungan, yang disusul dengan pengeluaran plasenta baik secara spontan maupun dengan bantuan.

b. Preeklampsia

Sukarni & wahyu (2013) mengatakan, sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang mengalami hipertensi, edema dan protein uria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, gejala muncul setelah kehamilan berusia 28 minggu atau lebih.

2. Etiologi

Penyebab preeklampsia ialah bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa.

Bertambahnya frekuensi yang semakin tuanya kehamilan. Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus. Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma. Kelainan ini sering dikenal sebagai *the diseases of theory*. Teori-teori tersebut ialah peran Prostaksiklin dan Tromboksan (Sukarni & Wahyu, 2013).

3. Patofisiologi

Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus, merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uteru.

4. Manifestasi klinik

Tanda-tanda preeklampsia yaitu, penambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan proteinuria. Pada preeklampsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif. Pada preeklampsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual atau muntah. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan * petunjuk bahwa eklampsia akan timbul (Sukarni & Wahyu, 2013).

5. Klasifikasi

- a. Preeklampsia ringan
- b. Preeklampsia berat

A. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Suatu proses kolaborasi yang melibatkan perawat, ibu dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan pemeriksaan fisik (Mitayani, 2012).Pengkajian yang dilakukan terhadap ibu dengan preeklampsia ialah sebagai berikut (Mitayani, 2012):

- a. Riwayat kesehatan
Preeklampsia sering terjadi pada primigravida, yaitu usia < 20 tahun atau > 35 tahun.

- 1) Keluhan utama:
klien dengan preeklampsia sering mengeluh demam dan sakit kepala.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang: terjadi peningkatan

- tekanan darah, oedema pada ekstremitas, pusing, nyeri epigastrium, mual muntah, penglihatan kabur.
- 3) Riwayat kesehatan dahulu: klien memiliki riwayat penyakit ginjal, anemia, vaskular esensial, hipertensi kronik dan diabetes melitus.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga: kemungkinan mempunyai riwayat preeklampsia dan eklampsia dalam keluarga.
- 5) Riwayat kehamilan: klien memiliki riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta riwayat kehamilan dengan preeklampsia atau eklampsia sebelumnya.
- 6) Pola nutrisi: jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan.
- 7) Psikososial spiritual: emosi yang tidak stabil menyebabkan kecemasan, oleh karena perlu kesiapan moril untuk menghadapi resikonya.
- b. Riwayat kehamilan
- Riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta riwayat kehamilan dengan eklampsia sebelumnya.
- 1) Riwayat penggunaan kontrasepsi
- Perlu ditanyakan pada klien, apakah pernah atau tidak mengikuti kontrasepsi jika klien pernah mengikuti

kontrasepsi maka yang ditanyakan adalah jenis kontrasepsi, efek samping, alasan pemberhentian kontrasepsi (bila tidak memakai kembali) serta lamanya penggunaan kontrasepsi.

2) Pola aktivitas sehari-hari

Pada klien preeklampsia biasanya terjadi gejala kelemahan, penambahan berat badan atau penurunan berat badan, dan ditandai dengan pembengkakan pada bagian ekstremitas dan wajah.

c. Pola eliminasi

Pada klien dengan preeklampsia sering ditemukan gejala proteinuria + ≥ 5 g/24

jam atau ≥ 3 pada tes celup, oliguria.

d. Pola nutrisi

Pada klien dengan preeklampsia sering terjadi peningkatan berat badan atau penurunan berat badan, dan terkadang nyeri pada epigastrium.

e. Neurosensori

Pada klien dengan preeklampsia sering mengalami hipertensi, terkadang terjadi kejang atau koma.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum: baik, cukup, lemah.

a) Kesadaran:

compos mentis (eye: 4, verbal: 5, motorik: 6).

b) Kepala sampai

leher: pada klien dengan preeklampsia terkadang terjadi oedem pada bagian

wajah, pada
leher terkadang
terdapat
pembesaran
vena jugularis.

c) Pemeriksaan
dada: dikaji
apakah
terdapat lesi,
jejas, masa
abnormal, dan
nyeri tekan
pada payudara.

d) Pemeriksaan
sistem
pernafasan.
Pada klien
dengan
preeklampsia
biasanya
pernafasan
kurang dari 16
x/menit, klien
mengalami
sesak setelah
melakukan
aktivitas, dan
terdapat suara
nafas
tambahan.

e) Pemeriksaan
sistem
cardiovaskular.

(1) Inspeksi:
terdapat
sianosis,
kulit pucat.

(2) Palpasi:
biasanya
terjadi
peningkata
n tekanan
darah, nadi
meningkat
atau
menurun.

(3) Auskultasi:
untuk
mendengar
kan irama
jantung.

(4) Perkusi:
untuk
mengetahui
apakah ada
kelainan
pada
resonasi
jantung.

f) Pemeriksaan
ekstremitas:
pada

kliendengan
preeklampsia
sering terdapat
oedem pada
ekstremitas
akibat
gangguan
filtrasi
glomerulus
yang meretensi
garam dan
natrium.

g) Pemeriksaan
sistem
persyarafan:
pada klien
dengan
preeklampsia
kadang terjadi
hiperfleksi, dan
klonus pada
kaki.

h) Pemeriksaan
abdomen: pada
klien intranatal
abdomen
membesar
sesuai usia
kehamilan,
apakah adanya
sikatrik bekas
operasi atau

tidak. Pada
pemeriksaan
dengan cara
palpasi maka
akan
ditemukan
hasil:

(1) Leopold I:
teraba
fundus
uteri 3 jari
dibawah
proceus
xyphoideus
, teraba
massa
lebar, lunak
noduler.

(2) Leopold II:
teraba
tahanan
terbesar di
sebelah
kiri,
bagian-
bagian
kecil janin
disebelah
kanan.
Pada
pemeriksaan
ini

berfungsi
untuk
mendengar
kan detak
jantung
janin, nilai
normal

detak
jantung
janin ialah
142 kali
dan
terdengar
regular.

(3) Leopold
III: teraba
masa keras.

(4) Leopold
IV: pada
bagian
terbawah
janintelah
masuk
pintu atas
panggul.

i) Pemeriksaan
genetalia: pada
pasien dengan
preeklamsi
perlu diketahui
apakah ada
pengeluaran

cairan
pervaginam
berupa lendir
bercampur
darah.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri persalinan yang berhubungan dengan dilatasi serviks, ekspulsi fetal (kala I).
- b. Risiko tinggi foetal distres janin yang berhubungan dengan perubahan pada plasenta (kala I/kala II).
- c. Ketidakefektifan pola nafas yang berhubungan dengan ansietas, keletihan, nyeri, keletihan otot pernafasan (kala II).
- d. Risiko defisien volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kehilangan cairan

hebat melalui rute normal, kehilangan cairan melalui rute abnormal (kala III).

e. Ansietas yang berhubungan dengan ancaman pada status terkini, krisis situasi (kala I/II/III/IV).

f. Keletihan yang berhubungan dengan ansietas, peningkatan kelelahan fisik, kurang tidur, stresor (kala IV)

3) Atur posisi pasien semi fowler.

4) Kolaborasi pemberian oksigen sesuai indikasi.

b. Risiko defisien volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kehilangan cairan hebat melalui rute normal..

Intervensi:

1) Observasi input dan output.

2) Jelaskan tujuan pembatasan cairan pada pasien.

3) Kolaborasi pemberian deuretik, contoh : furosemid (lazix), asam etakrinik (edecrin) sesuai dengan indikasi.

3. Intervensi Keperawatan

a. Pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan Oksigen.

Intervensi:

1) Kaji frekuensi pernafasan dan kedalaman

2) Auskultasi bunyi nafas.

c. risiko tinggi foetal distres janin yang berhubungan dengan perubahan pada plasenta.

Intervensi:

- 1) Monitor Denyut Jantung Janin sesuai indikasi.
 - 2) Kaji tentang pertumbuhan janin
 - 3) Jelaskan adanya tanda-tanda solutio plasenta (nyeri perut, perdarahan, rahim tegang, aktifitas janin turun).
 - 4) Kaji respon janin pada ibu yang diberi obat anti kejang.
 - 5) Kolaborasi dengan medis dalam pemeriksaan *Ultrasono Graphy* (USG) dan *Nonstress Test* (NST).
- d. Nyeri persalinan berhubungan dengan dilatasi serviks, ekpulsi fetal.
- Intervensi:
- 1) Kaji tingkat intensitas nyeri pasien.
 - 2) Jelaskan penyebab nyerinya.
 - 3) Ajarkan ibu mengantisipasi nyeri dengan nafas dalam bila HIS timbul.
 - 4) Bantu ibu dengan mengusap/massage pada bagian yang nyeri.
- e. Gangguan psikologis (cemas) berhubungan dengan koping yang tidak efektif terhadap proses persalinan.
- Intervensi:
- 1) Kaji tingkat kecemasan ibu
 - 2) Jelaskan mekanisme proses persalinan.
 - 3) Kaji dan tingkatkan mekanisme koping ibu yang efektif.
 - 4) Beri support system pada ibu.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Mitayani (2009), setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya dilakukan tindakan keperawatan yang nyata untuk

mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau

5. Evaluasi

Menurut Mitayani (2012), evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, di mana perawat menilai

hilangnya masalah pada klien.

hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri pasien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi.



TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis membahas tentang Intranatal dengan Komplikasi Preeklampsia Berat (PEB) pada Ny. U di ruang kenari RSD. Kalisat Jember. Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 april 2019 pukul 21.00 WIB yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

1. Data Umum

Klien masuk rumah sakit pada tanggal 13 april 2019 pada pukul 15.35 WIB, dengan diagnosa medis: G1, P0, A0 usia kehamilan 38 minggu, Ketuban Pecah Dini dan Preeklampsia Berat Ny. U, no register: 131xxx, dirujuk oleh bidan puskesmas sumberjambe. Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 april 2019 pukul 21.00 WIB di ruang kenari RSD. Kalisat Jember.

2. Identitas klien

Ny. U usia 29 tahun, Suku Madura, Bangsa Indonesia, Pendidikan SD, sebagai ibu rumah tangga, beragama islam, Alamat Sumber Kakab Timur RT: :5/RW: 2 Sumberjambe Jember. Suami Tn. A usia 32 tahun, Suku Madura, Bangsa Indonesia, Pendidikan SMP , pekerjaan sebagai petani, penghasilan ± Rp 1.500,000-, beragama islam, Alamat Sumber Kakab Timur RT: :5/RW: 2 Sumberjambe Jember.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan air ketuban tinggal sedikit.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan hamil anak pertama dengan usia kehamilan 38 minggu, saat dirumah tidak merasakan perutnya kenceng-kenceng tetapi keluar cairan ketuban sedikit-sedikit sejak tanggal 6 april 2019 sampai melahirkan. Klien mengikuti posyandu pada tanggal 8 april 2019 dan klien dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonography (USG) pada tanggal 9 april 2019 dan klien melakukan pemeriksaan ultrasonography (USG) pada saat itu di puskesmas sumberjambe dengan hasil ketuban pecah dini. Dari puskesmas klien diberi surat rujukan ke RSD. Kalisat dan klien dibawa keluarganya ke UGD RSD. Kalisat pada tanggal 13 april 2019 pada pukul 15.35 WIB dengan keluhan perutnya tidak terasa kenceng-kenceng, keluar cairan pervaginam berwarna keruh berbau, tidak terdapat cairan darah, tidak terdapat lendir, dilakukan pemeriksaan VT dengan hasil belum ada pembukaan, klien mengatakan dibawa ke ruangan bersalin RSD. kalisat pada pukul 17.00 WIB.

Saat diruangan klien merasakan perutnya kenceng-kenceng, keluar cairan pervaginam berwarna keruh, terdapat lendir bercampur darah, dilakukan pemeriksaan VT pada pukul 20.00 WIB dengan hasil pemeriksaan pembukaan 2 cm, klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 4, nyeri timbul saat kenceng-kenceng. Saat dilakukan pengkajian klien terlihat meringis, dan tampak memegang perut bagian bawah.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV, HbsAg, klien mengatakan ayahnya memiliki riwayat penyakit menurun, yaitu hipertensi, dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit diabetes melitus dan tidak ada riwayat hamil kembar.

e. Riwayat Psikososial

Klien mengatakan hamilnya direncanakan, klien dan suami senang saat mengetahui bahwa ia hamil anak pertama. Klien mengatakan saat ada masalah klien selalu bercerita kepada suaminya. Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa gelisah dan takut dengan keadaan janinnya karena air ketubannya tinggal sedikit.

f. Pola-pola Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Klien mengatakan saat sakit membeli obat diwarung terlebih dahulu, setelah sakit dapat 3 hari klien baru periksa ke puskesmas terdekat.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit: klien mengatakan saat dirumah makan sebanyak 3 kali sehari, yaitu nasi, lauk, sayur, buah, teh, minum air putih kurang lebih sebanyak 2000 liter sehari, dan tidak ada keluhan saat makan.

Saat masuk rumah sakit: saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 april 2019 pukul 21.00 klien mengatakan makan 1 kali, yaitu nasi, lauk, sayur, minum air putih kurang lebih sebanyak 400 cc, keluhan saat makan yaitu nyeri perut.

3) Pola aktivitas

Klien mengatakan aktivitas saat dirumah ialah mengurus rumah, mencuci, menyapu, mengepel, memasak, mandi, berpakaian, berhias, toileting, makan, minum secara mandiri dan mengurus suami, saat dirumah sakit klien berbaring, miring kiri diatas tempat tidur, dan saat melakukan kegiatan seperti makan, minum, toileting, berpakaian dibantu oleh ibu atau suaminya.

4) Pola eliminasi

a) Urin

Sebelum masuk rumah sakit: klien mengatakan saat dirumah frekuensi buang air kecil sebanyak 7-8 x/hari, pancaran kuat, jumlah \pm 1000 cc/hari, bau amoniak, warna kuning pucat, perasaan lega setelah buang air kecil. Saat masuk rumah sakit: saat dilakukan pengkajian klien mengatakan frekuensi buang air kecil 1x sejak pukul 16.00 WIB sampai pukul 21.00 WIB, pancaran kuat, jumlah \pm 100 cc, bau amoniak, warna kuning kemerahan, perasaan lega setelah buang air kecil.

b) Alvi

Sebelum masuk rumah sakit: klien mengatakan saat dirumah buang air besar 1x/hari. Bau khas, lunak berbentuk.

Saat masuk rumah sakit: saat dilakukan pengkajian klien mengatakan belum buang air besar.

5) Pola persepsi sensoris

Klien mampu melihat, mendengar, merasakan, meraba, dan mencium bau obat atau aroma-aroma lain. Klien kurang cooperative, karena klien mendengarkan tetapi kurang mempraktikkan instruksi dari bidan atau perawat yang menolong persalinannya.

6) Pola konsep diri

- a) Gambaran diri: klien mengatakan sangat senang melahirkan anak pertamanya tetapi saat ini klien takut janinnya kenapa-karena karena air ketubannya tinggal sedikit, klien mengatakan tidak tau mengenai resiko pada janin saat ibu mengalami hipertensi pada masa kehamilan. Saat dilakukan pengkajian klien terlihat gelisah, cemas, dan menanyakan kondisi janinnya.
- b) Ideal diri: klien mengatakan ingin menjadi ibu dan istri yang baik bagi keluarga kecilnya.
- c) Harga diri: klien mengatakan belum mampu menjadi istri yang baik bagi suaminya.
- d) Peran diri: klien mengatakan bertugas sebagai ibu rumah tangga.
- e) Identitas diri: klien mengatakan rencana manusia tidaklah sama dengan rencana allah, apapun yang terjadi saat ini saya akan

tetap berusaha menjadi istri dan ibu yang baik bagi keluarga kecil saya.

7) Pola hubungan & peran

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarganya baik dan harmonis, dibuktikan saat proses persalinan klien ditemani oleh ibu mertua, bude dan suaminya secara bergantian.

8) Pola reproduksi & seksual

Klien mengatakan menarche pada usia 14 tahun, sebelum hamil klien tidak menggunakan alat kontrasepsi, klien melakukan hubungan seksual hanya dengan suaminya, klien melakukan hubungan seksual sebanyak 3 sampai 4 kali dalam 1 bulan, saat melakukan hubungan seksual klien ataupun suami tidak mengalami keluhan apapun.

9) Pola penanggulangan stres/koping-toleransi stres

Klien mengatakan saat ada yang difikirkan selalu dibicarakan dengan suami.

g. Riwayat Pengkajian Obstetri, Prenatal dan Intranatal

1) Riwayat penggunaan kontrasepsi

Klien mengatakan sebelum hamil tidak menggunakan alat kontrasepsi.

2) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan menarche pada usia 14 tahun, lamanya 7-8 hari, dengan siklus 28 hari. saat dismenorhoe terasa nyeri perut menjalar sampai pinggang, Fluor albus: keputihan sedikit, berwarna putih

kekuningan dan tidak bau. Hari Pertama Haid Terakhir: klien mengatakan lupa pada tanggalnya tetapi ingat pada bulan agustus 2018.

3) Riwayat kehamilan terdahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah hamil, dan ini hamil anak pertama.

4) Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan saat hamil muda memeriksakan kehamilannya selama 2 bulan 1 kali, saat hamil 6 bulan keatas klien rutin memeriksakan kehamilannya 1 bulan 1 kali, imunisasi TT sebanyak 3 kali, keluhan saat hamil yaitu mual muntah pada usia kehamilan 3-4 bulan.

5) Riwayat persalinan lalu

Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan.

h. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Perkusi)

1) Keadaan Umum

Composmentis, lemah, gelisah dan meringis

2) Tanda-tanda vital

Suhu tubuh 36,7°C, Tekanan Darah 150/100 mmHg, Denyut Nadi 87 x/menit, Respirasi Rate 20 x/menit, TB/BB: 147 cm/79 kg.

3) Kepala & leher

a) Kepala: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat lesi.

b) Rambut: hitam, ikal, bersih tidak terdapat ketombe.

- c) Telinga: bentuk simetris, tidak terdapat serumen, tidak terdapat lesi, tidak terdapat perdarahan.
 - d) Mata: bola mata simetris, tidak terdapat kantung mata, sklera putih, konjungtiva merah muda, pupil isokor.
 - e) Hidung: lubang hidung simetris, tidak terdapat serumen, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terpasang selang oksigen.
 - f) Mulut: tidak terdapat kelainan kongenital seperti bibir sumbing, fungsi pengecapan baik, tidak terdapat stomatitis, tidak terdapat karies gigi, tidak terdapat perdarahan.
 - g) Leher: tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, tidak mengalami kaku kuduk, tidak terdapat pembesaran vena jugularis.
- 4) Thorax & dada
- a) Paru-paru
Inspeksi: bentuk simetris, gerakan saat inspirasi dan ekspirasi seirama, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, tidak terdapat jejas, tidak terdapat lesi, Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, Perkusi: suara sonor, Auskultasi: tidak terdapat suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler.
 - b) Jantung
Inspeksi: bentuk simetris, tidak terdapat jejas, ictus cordis tidak terlihat, Palpasi: ictus cordis teraba di intra costae sinistra 4-5,

tidak terdapat nyeri tekan, Perkusi: suara redup, Auskultasi:
suara S1 S2 tunggal, irama regular, bungi jantung murni.

5) Pemeriksaan payudara

Bentuk simetris, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat jejas, puting susu menonjol keluar, colosterum sebelah kanan dan kiri belum keluar, konsistensi agak kenyal.

6) Abdomen

Inspeksi: perut cembung, terdapat striae, tidak terdapat luka bekas operasi, auskultasi: bising usus 20 x/menit, Palpasi: teraba masa besar lunak, Pemeriksaan Leopold: Leopold 1: 32 cm, Leopold II: terdapat puki, Leopold III: bagian bawah teraba keras dan masuk pintu atas panggul (PAP), Leopold IV: sudah dijalan lahir, His (kontraksi): 2x dalam 10 menit lamanya 15 detik, Detak jantung janin (DJJ): 152 x/menit.

7) Genetalia dan anus

Genetalia kotor, ganti underpad sebanyak 2x, keluar darah dari vagina, keluar lendir dari vagina, tidak terdapat hemoroid, Keluaran pervaginam: darah berwarna merah segar bercampur lendir, Vagina Toucher: (jam 24.00 WIB) oleh: bidan wanti, hasil: pembukaan 5 cm, Ketuban: berwarna keruh dan bau.

8) Punggung

Tidak terdapat kelainan tulang belakang seperti: kifosis, lordosis, dan skoliosis.

9) Ekstremitas

- a) Ekstremitas atas: tidak terdapat edema pada tangan kanan dan kiri, terpasang infus pada tangan sebelah kiri, tidak terdapat lesi pada tangan kanan dan kiri, tidak terdapat nyeri tekan pada tangan kanan dan kiri, Capillary Real Time (CRT): ≤ 2 detik
- b) Ekstremitas bawah: tidak terdapat edema pada kaki kanan dan kiri, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat lesi, Capillary Real Time (CRT): 2 detik.

10) Integumen

Warna kulit sawo matang, bersih, turgor kulit ≤ 2 detik, tidak terdapat lesi, tidak terdapat jejas.

11) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 13 april 2019, pukul: 16.26 WIB

a) Darah Lengkap

Hemoglobin: 12,9 (L 13,4-17,7: P 11,4-15,1 gr/dl 10,3-15,7 gr/dl), Leukosit: 8,800 (5,0-10,0 1000/ul), MCV: 84,2 (86-110 fl), MCH: 29,2 (26-38 pg), MCHC: 34,7 (31-37 g/dl),

Hitung jenis: 4/1/57/31/7 (0-4/0-1/3-5/54-62/25-33/3-5),

PCV/hematokrit: 37%, Trombosit: 241,000 (150.000-350.000/mm²), SGOT: 17 (L 37: P 31 U/L (37C)), SGPT: 20 (L 43: P 36 U/L (37C)), Glukosa acak: 71 (140 mg/dl).

B. Analisis Data

Tgl/Jam	Pengelolaan Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
13-04-2019/ 21.20 WIB (kala I)	<p>Data Subjektif: Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 4, nyeri timbul saat kontraksi.</p> <p>Data Objektif: G1P0A0, usia kehamilan 38 minggu, klien terlihat meringis, klien tampak memegang perut bagian bawah, HIS: 2x dalam 10 menit lamanya 15 detik, Detak Jantung Janin (DJJ): 152 x/menit, pemeriksaan Vagina Toucher terdapat hasil pembukaan 5 cm</p>	Nyeri persalinan	Dilatasi serviks
13-04-2019/ 21.30 WIB (kala I)	<p>Data Subjektif: klien mengatakan takut janinnya kenapa-kenapa dan klien sering menanyakan keadaan janinnya.</p> <p>Data Objektif: G1P0A0, usia kehamilan 38 minggu, klien terlihat cemas, Tekanan Darah: 150/100 mmHg, leopard I: 32 cm, leopard II: terdapat puki, leopard III: bagian bawah teraba keras dan masuk pintu atas panggul, leopard IV:</p>	Ansietas	Ancaman pada status terkini

sudah dijalan lahir, HIS:
2x dalam 10 menit
lamanya 15 detik, DJJ:
152x/menit, pemeriksaan
Vagina Toucher terdapat
hasil pembukaan 5 cm.

13-04-1019/
21.30 WIB
(Kala I)

Data Subjektif:

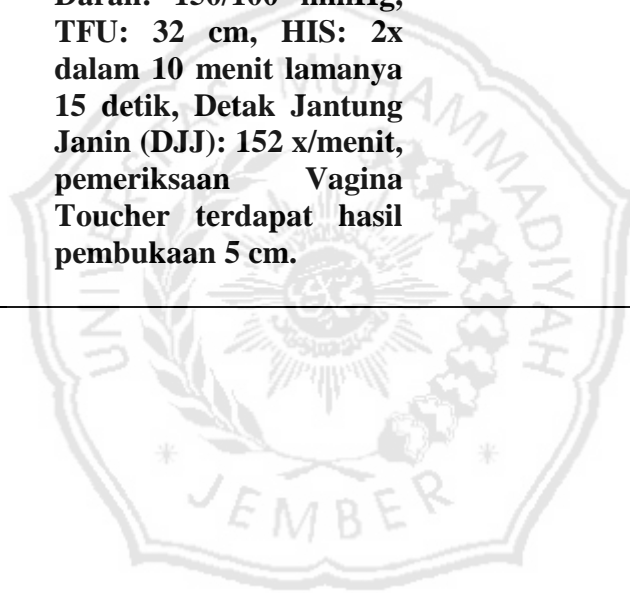
-

Risiko
tinggi foetal
distres
janin

Penurunan suplai
oksigen pada
plasenta

Data Objektif:

G1P0A0, usia kehamilan
38 minggu, Tekanan
Darah: 150/100 mmHg,
TFU: 32 cm, HIS: 2x
dalam 10 menit lamanya
15 detik, Detak Jantung
Janin (DJJ): 152 x/menit,
pemeriksaan Vagina
Toucher terdapat hasil
pembukaan 5 cm.



C. Daftar Diagnosa Keperawatan/Masalah Kolaboratif Berdasarkan Urutan Prioritas

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan/Masalah Kolaboratif	Paraf
1	13-04-2019/ 21.35 WIB	<p>Nyeri persalinan yang berhubungan dengan dilatasi serviks yang ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 4, nyeri timbul saat kontraksi. Klien terlihat meringis dan klien tampak memegang perut bagian bawah.</p> <p>HIS: 2x dalam 10 menit lamanya 15 detik, pemeriksaan Vagina Toucher terdapat hasil pembukaan 5 cm.</p>	Mimin
2	13-04-2019/ 21.37 WIB	<p>Risiko tinggi foetal distress janin yang berhubungan dengan penurunan suplai oksigen pada plasenta yang ditandai dengan G1P0A0, usia kehamilan 38 minggu, Tekanan Darah: 150/100 mmHg, TFU: 32 cm, HIS: 2x dalam 10 menit lamanya 15 detik, Detak Jantung Janin (DJJ): 152 x/menit, pemeriksaan Vagina Toucher terdapat hasil pembukaan 5 cm.</p>	Mimin
3	13-04-2019/ 21.40 WIB	<p>Ansietas yang berhubungan dengan ancaman pada status terkini yang ditandai dengan klien mengatakan takut janinnya kenapa-kenapa dan klien sering menanyakan keadaan janinnya.</p> <p>G1P0A0, usia kehamilan 38 minggu, klien terlihat cemas, Tekanan Darah: 150/100 mmHg, Leopold I: 32 cm, Leopold II: terdapat puki, Leopold III: bagian bawah teraba keras dan masuk pintu atas panggul, Leopold IV: sudah dijalan lahir, HIS: 2x dalam 10 menit lamanya 15 detik, DJJ: 152x/menit, pemeriksaan Vagina Toucher terdapat hasil pembukaan 5 cm</p>	Mimin

D. Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl/ Jam	No Dx	Dx Keperawatan	Tujuan & Kriteria Standar	Intervensi	Rasional
13-04- 2019/ 21.40 WIB	1	Nyeri persalinan yang berhubungan dengan dilatasi serviks	<p>Tujuan: klien dapat beradaptasi dengan nyeri kurang lebih 2 jam.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menjelaskan penyebab nyerinya. 2. Klien dapat menunjukkan cara manajemen nyeri 3. Tekanan darah: sistol 110-125 mmHg, diastol 60-80 mmHg 4. Nadi: 70-80 x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan edukasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan. 2. Berikan manajemen nyeri <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri dan faktor pencetus nyeri. b. Pertimbangkan keinginan klien untuk berpartisipasi dukungan dari orang terdekat terhadap metode ketika memilih strategi penurunan nyeri. c. Tempatkan klien dalam posisi terapeutik yang sudah dirancang (posisi miring kiri). 3. Lakukan monitoring dan observasi: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi dapat membantu menambah wawasan klien dan keluarga mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri dirasakan. 2. Perkembangan klien dapat dipantau secara kontinue. <ol style="list-style-type: none"> a. Mengetahui lokasi nyeri, karakteristik nyeri, skala nyeri dan faktor pencetus nyeri. b. Orang terdekat klien dapat lebih mengerti cara yang diinginkan

13-04-2019/ 21.45 WIB	2	<p>Risiko tinggi foetal distres janin yang berhubungan dengan penurunan suplai oksigen pada plasenta</p>	<p>Tujuan: setelah dilakukan observasi selama 8 jam perkembangan dan pertumbuhan janin membaik. Kriteria Hasil:</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah b. Nadi c. Suhu d. Respirasi rate e. Pengetahuan klien mengenai penyebab nyeri. <p>4. Kolaborasi dengan klien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan nyeri non farmakologi.</p> <p>1. Berikan penjelasan kepada klien dan anggota keluarga mengenai alasan dilakukannya pemantauan</p>	<p>klien dalam memilih strategi penurunan nyeri</p> <p>c. Kinerja jantung lebih maksimal sehingga dapat memperlancar sirkulasi udara keseluruh tubuh.</p> <p>3. Mengetahui perkembangan nyeri dan pengetahuan klien mengenai nyeri persalinan.</p> <p>4. kolaborasi dengan klien, orang terdekat dan merencanakan tindakan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien.</p> <p>1. Klien dan keluarga dapat mengetahui</p>
-----------------------------	---	--	---	---	---

<p>13-04-2019/ 21.50 WIB</p>	<p>3</p>	<p>Ansietas yang berhubungan dengan ancaman pada status terkini.</p>	<p>Tujuan: ansietas klien dapat teratasi dalam waktu 1 x 24 jam. Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak rileks 2. Cemas berkurang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detak jantung janin normal (120-160 x/menit) 2. Pertumbuhan dan perkembangan janin normal. <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan semua prosedur termasuk sensasi yang akan dirasakan, yang mungkin akan dialami klien selama prosedur dilakukan. 2. Lakukan manajemen ansietas: 	<p>secara elektronik serta informasi terkait hal tersebut.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan manajemen: <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pemeriksaan Leopold. b. Kaji respon janin pada ibu yang diberi Magnesium Sulfat (MgSO₄). 3. Lakukan monitoring dan observasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Detak Jantung Janin (DJJ) sesuai indikasi b. Tekanan darah 4. Kolaborasi dengan tim medis dalam melakukan pemeriksaan NST dan USG. <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat
--------------------------------------	----------	--	--	--	---

-
- a. Ajarkan klien menggunakan metode mengurangi kecemasan (teknik nafas dalam).
 - b. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
 - c. Yakinkan keselamatan klien dan keamanan klien.
3. Lakukan monitoring dan observasi:
- a. Tekanan darah
 - b. Nadi
 - c. Respirasi rate
 - d. Suhu
4. Kolaborasi dengan keluarga terdekat yang dapat membantu memotivasi klien.

- memahami sensasi yang akan dirasakan klien selama prosedur dilaksanakan.
2. Tingkat kecemasan ringan dan sedang bisa ditoleransi dengan pemberian pengertian sedangkan yang berat diperlukan tindakan medikamentosa.
- a. Teknik nafas dalam dapat membuat seseorang menjadi rileks.
 - b. Mewujudkan hubungan saling percaya.
 - c. Memotivasi klien untuk tetap memiliki harapan yang
-



- baik.
3. Mengetahui perkembangan klien.
 4. Motivasi dari orang terdekat dapat membantu klien untuk mengurangi kecemasan
-

E. Intervensi Keperawatan

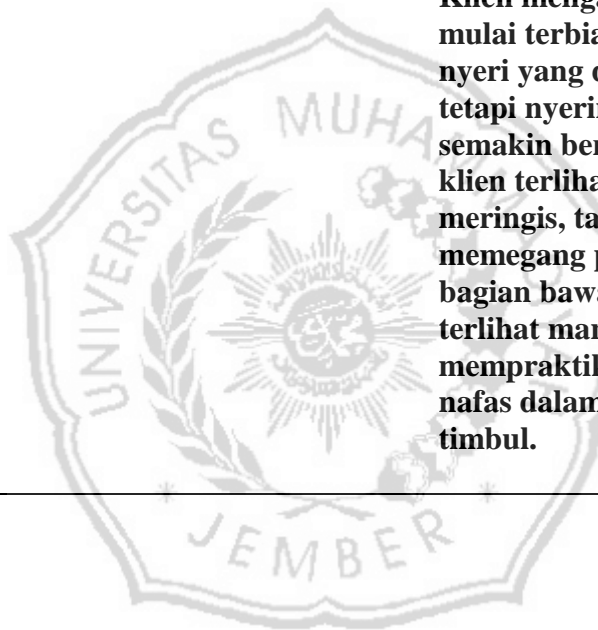
Masalah Kep/Kolaboratif	Tgl/Jam	Tindakan	Paraf
Diagnosa 1, 2, 3	13-04- 2019/ 22.30 WIB	1. Monitoring tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi rate. Respon: tekanan darah 150/110 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36,4°C, Respirasi Rate 21 x/menit.	Mimin
Diagnosa 2	22.35 WIB	2. Memberikan injeksi Magnesium Sulfat (MgSO4) Respon: 12 cc	Mimin
Diagnosa 1	22.35 WIB	3. melakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri dan faktor pencetus nyeri. Respon: klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 6, nyeri timbul saat kenceng-kenceng. Saat dilakukan pengkajian klien terlihat meringis, dan tampak memegang perut bagian bawah.	Mimin
Diagnosa 1	22.40 WIB	4. melakukan edukasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan. Respon: klien banyak	Mimin
	22.45 WIB		

Diagnosa 2		bertanya, dan klien bertanya, dan klien mengerti penjelasan yang diberikan mahasiswa.	Mimin
	22.45 WIB	5. Mengkaji respon janin pada ibu yang diberi Magnesium Sulfat (MgSO4). Respon: His (kontraksi): 3x dalam 15 menit lamanya 20 detik. Detak jantung janin (DJJ): 148 x/menit.	
Diagnosa 1		6. Mempertimbangkan keinginan klien untuk mendapatkan dukungan dari orang terdekat terhadap metode ketika memilih strategi penurunan nyeri.	Mimin
	22.45 WIB		
Diagnosa 1	22.50 WIB	Respon: klien mengatakan ingin ditemani oleh suaminya.	Mimin
Diagnosa 2		7. Menempatkan klien dalam posisi terapeutik yang sudah dirancang (posisi miring kiri) Respon: klien mengikuti instruksi mahasiswa.	Mimin
	22.50 WIB	8. Memberikan penjelasan kepada klien dan anggota keluarga mengenai alasan dilakukannya pemantauan secara elektronik serta informasi terkait hal tersebut. Respon: klien sering bertanya dan klien mengikuti instruksi dari mahasiswa.	
Diagnosa 3	22.50 WIB		Mimin
	22.53 WIB	9. melakukan	

Diagnosa 3		manajemen ansietas: mengajarkan klien menggunakan metode mengurangi kecemasan (teknik nafas dalam).	Mimin
	22.55 WIB		
Diagnosa 3		Respon: klien mengikuti instruksi dari mahasiswa.	Mimin
	23.00 WIB	10. meyakinkan keselamatan klien dan keamanan klien.	
	23.05 WIB	Respon: klien terlihat cemas.	
Diagnosa 3		11. Mengkaji respon klien terhadap metode mengurangi kecemasan.	Mimin
	23.30 WIB	Respon: klien terlihat lebih rileks setelah diajarkan metode mengurangi kecemasan.	
Diagnosa 1, 2, 3	01.30 WIB	12. Berkolaborasi dengan keluarga terdekat yang dapat membantu memotivasi klien.	Mimin
Diagnosa 1, 2, 3		Respon: keluarga dapat mengikuti instruksi dari mahasiswa dan cooperatif.	Mimin
Diagnosa 1, 2		13. Menyiapkan partus set	Mimin
Diagnosa 1		14. Melakukan pemeriksaan DJJ: 151 x/menit.	
		15. Mendampingi bidan untuk melakukan VT	
		Respon: pembukaan 5 cm.	
		16. melakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi,	

karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri dan faktor pencetus nyeri.

Respon: klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 7, nyeri timbul saat kenceng-kenceng. Klien mengatakan mulai terbiasa dengan nyeri yang dirasakan tetapi nyerinya semakin bertambah. klien terlihat meringis, tampak memegang perut bagian bawah, klien terlihat mampu mempraktikkan tarik nafas dalam saat nyeri timbul.



F. Evaluasi

Masalah Kep/Kolaboratif	Tgl/ Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Nyeri persalinan yang berhubungan dengan dilatasi serviks. (Kala I)	13-04- 2019/ 22.40 WIB	<p>Subjektif: klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 6, nyeri timbul saat kenceng-kenceng.</p> <p>Objektif: klien terlihat meringis, dan tampak memegang perut bagian bawah, His (kontraksi): 3x dalam 15 menit lamanya 20 detik. Detak jantung janin (DJJ): 148 x/menit.</p> <p>Analisa: Nyeri persalinan belum teratasi.</p> <p>Planing: Lanjutkan intervensi nomer 2a, 2c, 3 dan 4.</p>	Mimin
Risiko tinggi foetal distres janin yang behubungan dengan penurunan suplai oksigen pada plasenta (Kala I)	22.45 WIB	<p>Subjektif: -</p> <p>Objektif: G1P0A0, usia kehamilan 38 minggu, tekanan darah 150/110 mmHg, TFU: 32 cm, His (kontraksi): 3x dalam 15 menit lamanya 20 detik, Detak jantung janin (DJJ): 148 x/menit. pemeriksaan Vagina Toucher terdapat hasil pembukaan 5 cm.</p> <p>Analisa: Risiko tinggi foetal distres janin belum teratasi.</p>	Mimin

		<p>Planing: Lanjutkan intervensi nomer 2b, 3a, 3b dan 4.</p>	
<p>Ansietas yang berhubungan dengan ancaman pada status terkini (Kala I)</p>	<p>22.50 WIB</p>	<p>Subjektif: klien mengatakan takut janinnya kenapa-kenapa dan klien sering menanyakan keadaan janinnya.</p> <p>Objektif: G1P0A0, usia kehamilan 38 minggu, klien terlihat cemas, Tekanan Darah: 150/110 mmHg, Leopold I: 32 cm, Leopold II: terdapat puki, Leopold III: bagian bawah teraba keras dan masuk pintu atas panggul, Leopold IV: sudah dijalan lahir, HIS: 3x dalam 15 menit lamanya 20 detik, DJJ: 148x/menit, pemeriksaan Vagina Toucher terdapat hasil pembukaan 5 cm</p> <p>Analisa: Ansietas belum teratasi</p> <p>Planing: lanjutkan intervensi nomer 2a, 2b, 2c, 3 dan 4.</p>	<p>Mimin</p>
<p>Nyeri persalinan yang berhubungan dengan dilatasi serviks. (Kala I)</p>	<p>14-04-2019/02.00 WIB</p>	<p>Subjektif: klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 7, nyeri timbul saat kenceng-kenceng. Klien mengatakan mulai terbiasa dengan nyeri yang dirasakan tetapi nyerinya semakin bertambah.</p> <p>Objektif: klien terlihat meringis, tampak memegang perut bagian bawah, klien terlihat mampu mempraktikkan tarik nafas dalam</p>	<p>Mimin</p>

saat nyeri timbul.

Analisa:

Nyeri persalinan klien teratasi (klien mampu beradaptasi dengan nyeri selama 2 jam)

Planing:

intervensi nomer 1, 2b dihentikan dan intervensi nomer 2a, 2c, 3 dan 4 dipertahankan.

(Kala II)

08.00
WIB

Mimin

Subjektif:

klien mengatakan kenceng-kenceng semakin kuat dan ingin mengejan

Objektif:

Anus terbuka, pembukaan serviks lengkap (10 cm), His: 3x dalam 10 menit lamanya 25 detik, DJJ: 151 x/menit.

Analisa:

Risiko tinggi foetal distress janin yang berhubungan dengan penurunan suplai oksigen pada plasenta

Planing:

1. Dekatkan partus set
Rasional: mempermudah petugas melakukan tindakan persalinan
 2. Beritahu klien bahwa sudah pembukaan lengkap (10 cm)
Rasional: klien mempersiapkan tenaga untuk proses persalinan.
 3. Anjurkan klien nafas dalam
Rasional: nafas dalam dapat memberi perasaan rilaks.
 4. Bantu ibu untuk mengambil posisi yang
-

nyaman

Rasional: mempermudah proses persalinan.

5. Pimpin ibu untuk mengejan jika sudah ada kontraksi

Rasional: mempermudah mengeluarkan janin dengan tenaga ibu.

Implementasi:

1. Mendekatkan partus set
2. Memberitahu klien bahwa sudah pembukaan lengkap (10 cm).
3. Menganjurkan ibu nafas dalam.
4. Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman.
5. Memimpin ibu untuk mengejan jika sudah ada kontraksi.

Evaluasi:

1. Bayi lahir spontan
2. Berat Badan: 3.100 gram
3. Panjang Badan: 52 cm
4. Lingkar Kepala: 33 cm
5. Jenis Kelamin: Laki-laki
6. Asfiksia: 6-7

(Kala III).

08.35
WIB

Mimin

Subjektif:

-

Objektif:

Perdarahan \pm 300 cc, tali pusat tampak didepan plasenta, terdapat kontraksi uterus, TFU 2 jari dibawah pusat.

Analisa:

Risiko defisiensi volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Planing:

Lakukan manajemen aktif kala III

1. Berikan injeksi oksitosin.
Rasional: memperkuat kontraksi pada rahim ibu.
2. Penegakan tali pusat terkendali.
Rasional: mempermudah melahirkan plasenta.
3. Masase fundus uteri.
Rasional: merangsang uterus untuk terus berkontraksi.

Implementasi:

1. Melakukan injeksi oksitosin 10 I.U (intramuskular).
2. Memasukan obat misoprostol 2 x 200 mg melalui anus.
3. Melakukan peregang tali pusat.
4. Melakukan massase pada abdomen bagian bawah.
5. Pengeluaran plasenta secara manual.

Kala IV

09.10
WIB

Evaluasi:
Risiko defisien volume cairan teratasi sebagian.

Mimin

Subjektif:

klien mengatakan capek dan tidak bertenaga.

Objektif:

Klien tampak lemas, klien tampak kelelahan, klien terlihat mengantuk.

Analisa:

Keletihan yang berhubungan dengan peningkatan kelelahan fisik.

Planing:

1. Berikan klien makanan.
-

			Rasional:
			2. Anjurkan klien untuk minum air gula.
			Rasional:
			3. Anjurkan klien untuk istirahat-tidur.
			Rasional:
			Implementasi:
			1. Memberikan klien makanan.
			2. Menganjurkan klien untuk minum air gula.
			3. Menganjurkan klien untuk istirahat tidur.
Ansietas yang berhubungan dengan status terkini	09.30 WIB		Evaluasi:
			Keletihan belum teratasi (Observasi 2 jam post partum)
			Subjektif:
			Klien mengatakan senang melihat bayin yang sudah lahir.
			Objektif:
			Klien tampak rileks, tidak terdapat tanda-tanda kecemasan.
			Analisa:
			Ansietas klien teratasi
			Planing:
			Intervensi dihentikan

Mimin

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pembahasan mengenai pengkajian pada Ny. U inpartu primigravida dengan komplikasi preekampsia berat di Ruang Kenari RSD. Kalisat Jember, pada tanggal 13 april 2019 dan setelah penulis melakukan pengambilan data, maka penulis mengambil kesimpulan dan memberikan saran yang bermanfaat untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang berkualitas.

1. Pengkajian

Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 4, nyeri timbul saat kontraksi. Klien terlihat meringis, klien tampak memegang perut bagian bawah, HIS: 2x dalam 10 menit lamanya 15 detik, Detak Jantung Janin (DJJ): 152 x/menit, pembukaan 5. Klien mengatakan sangat senang melahirkan anak pertamanya tetapi saat ini klien takut janinnya kenapa-kenapa. klien terlihat gelisah, klien mengatakan cemas, klien menanyakan kondisi janinnya, Suhu: 36,7°C, Tekanan Darah: 150/100 mmHg, Denyut Nadi: 87 x/menit. Respirasi Rate: 20 x/menit, TFU: 32 cm. Perdarahan \pm 300 cc, tali pusat tampak didepan plasenta, terdapat kontraksi uterus.

2. Diagnosis Keperawatan

Hasil analisa data yang didapatkan peneliti berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. U yang dilaksanakan pada tanggal 13 april 2019 didapatkan lima diagnosa, yaitu:

- a. Nyeri persalinan yang berhubungan dengan dilatasi serviks.
- b. Risiko tinggi foetal distress yang berhubungan dengan perubahan pada plasenta.
- c. Ansietas yang berhubungan dengan ancaman pada status terkini.
- d. Risiko defisiensi volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- e. Keletihan yang berhubungan dengan peningkatan kelelahan fisik.

Dari kelima diagnosa diatas, diagnosa yang paling prioritas ialah diagnosa kedua dan keempat karena risiko yang mungkin terjadi. Dipilih dua diagnosa karena dapat mengancam nyawa ibu dan janin, semoga diagnosa prioritas yang diambil peneliti dapat dipecahkan dan tidak terjadi sehingga nyawa ibu dan janin dapat terselamatkan.

3. Intervensi Keperawatan

Desain rencana tindakan keperawatan merupakan inti dari pengambilan keputusan profesional dari perawat klinik. Kegiatan dalam penyusunan desain rencana tindakan keperawatan ialah, menetapkan tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan (Rohani & Reni, 2011). Rencana keperawatan ini dirancang untuk memudahkan tenaga kesehatan dalam mengambil keputusan dan langkah untuk mencegah atau mengatasi masalah yang klien alami, tetapi tidak semua rencana tindakan dapat dilaksanakan, karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan dan keluhan klien.

4. Implementasi Keperawatan

Pada dasarnya tahap implementasi bertumpu pada rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat sejak awal sebelum melakukan tindakan asuhan keperawatan kepada klien, implementasi yang dibahas oleh penulis pada bab ini dilakukan untuk setiap diagnosa dan permasalahan yang muncul. Pada diagnosa nyeri penulis melakukan tindakan keperawatan melakukan pemeriksaan Tekanan darah 150/110 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36,4°C, Respirasi Rate 21 x/menit.. melakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri dan faktor pencetus nyeri, klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri terus timbul dan tidak hilang dengan cara beristirahat, nyeri seperti ditekan dan diremas, skala nyeri 6, nyeri timbul saat kontraksi.

Melakukan edukasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan. Mempertimbangkan keinginan klien untuk mendapatkan dukungan dari orang terdekat terhadap metode ketika memilih strategi penurunan nyeri. Menempatkan klien dalam posisi terapeutik yang sudah dirancang (posisi miring kiri), Melakukan pemeriksaan Detak jantung janin (DJJ): 148 x/menit. Pada diagnosa risiko tinggi foetal distres janin penulis melakukan tindakan keperawatan: Melakukan pemeriksaan leopold untuk mengetahui posisi janin, Leopold I(32 cm) Leopold II (terdapat puki), Leopold III (bagian bawah teraba keras dan masuk pintu atas panggul (PAP)), Leopold IV (sudah dijalan lahir). Mengkaji respon janin pada ibu yang

diberi Magnesium Sulfat (MgSO₄), His (kontraksi): 3x dalam 15 menit lamanya 20 detik.. Detak jantung janin (DJJ): 148 x/menit.

Memberikan penjelasan kepada klien dan anggota keluarga mengenai alasan dilakukannya pemantauan secara elektronik serta informasi terkait hal tersebut. Melakukan pemeriksaan DJJ: 151 x/menit. Pada diagnosa ansietas penulis melakukan tindakan keperawatan: Monitoring Tekanan darah 150/110 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36,4°C, Respirasi Rate 21 x/menit. melakukan manajemen ansietas: mengajarkan klien menggunakan metode mengurangi kecemasan (teknik nafas dalam). meyakinkan keselamatan klien dan keamanan klien. Mengkaji respon klien terhadap metode mengurangi kecemasan. Berkolaborasi dengan keluarga terdekat yang dapat membantu memotivasi klien. Pada diagnosa risiko defisiensi volume cairan penulis melakukan tindakan keperawatan: melakukan injeksi oksitosin 10 I.U (intramuskular).

Memasukan obat misoprostol 2 x 200 mg melalui anus. Melakukan peregang tali pusat. Melakukan massase pada abdomen bagian bawah. Pengeluaran plasenta secara manual. Pada diagnosa keletihan, penulis melakukan tindakan keperawatan: Memberikan klien makanan. Menganjurkan klien untuk minum air gula. Menganjurkan klien untuk istirahat tidur, tetapi tidak semua perencanaan dapat dilaksanakan langsung kepada klien. Hal ini disebabkan karena keadaan klien yang tidak memungkinkan, minimnya sarana dan

prasarana yang ada di Rumah Sakit. Faktor-faktor tersebut yang menyebabkan adanya perencanaan yang tidak dilaksanakan secara optimal. Rencana asuhan keperawatan yang tidak terlaksanakan ialah: kolaborasi dengan tim medis dalam melakukan pemeriksaan NST dan USG. Langkah-langkah tindakan yang dilakukan untuk kolaborasi dengan tim medis dalam melakukan pemeriksaan NST dan USG bertujuan untuk memantau detak jantung janin dan perkembangan janin saat dalam keadaan bergerak atau saat istirahat.

5. Evaluasi

Dari 5 diagnosis keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukandalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal. Maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan kerja sama antar penulis dengan klien, bidan, dokter dan tim kesehatan lainnya.

Dalam evaluasi ini dilakukan selama satu hari pada tanggal 13 april 2019, klien masih merasakan sakit karena nyeri sebelum melahirkan hingga klien melahirkan. Klien merasa cemas terhadap janinnya, klien tidak mengalami pusing dan keluhan penyakit hipertensi lainnya, karena klien memiliki penyakit hipertensi klien mengalami perdarahan sebanyak 400 cc, namun keadaan klien tidak menurun drastis, tetapi saat bayi lahir tidak menangis spontan, bayi menangis setelah digosok-gosok kakinya dan diberi oksigen. Tekanan darah

150/100 mmHg, Suhu tubuh: 36°C, Respirasi Rate: 21x/menit, Nadi: 87x/menit. Cemas klien sudah berkurang setelah bayinya dilahirkan meskipun bayinya sempat tidak menangis secara spontan.

B. Saran

1. Ibu Inpartu

Disarankan kepada klien untuk dapat menambah informasi mengenai penyebab, tanda dan gejala serta bahaya preeklampsia berat. Klien mampu menghindari penyebab preeklampsia berat dan memilih pelayanan kesehatan yang tepat untuk persalinan.

2. Keluarga

Disarankan kepada keluarga untuk mempercepat membawa ibu inpartu ke pelayanan kesehatan.

3. Petugas Kesehatan

Disarankan kepada petugas kesehatan dapat memantau tanda dan gejala preeklampsia sejak ibu hamil, dan petugas kesehatan memberikan promotif mengenai preeklampsia kepada remaja perempuan sampai ibu-ibu dewasa yang masih produktif.

4. Rumah Sakit

Disarankan untuk mengoptimalkan Standart Operasional Praktik (SOP) dalam menangani Preeklampsia Berat.

5. Institusi Pendidikan Kesehatan

Disarankan dapat meningkatkan kualitas dan pengembangan ilmu pada mahasiswa ilmu kesehatan melalui studi kasus, agar mahasiswa dapat menetapkan asuhan keperawatan secara komperhensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Azza, A., (2017). *Deteksi Kejadian Preeklampsia Berdasarkan Parietas dan Usia Kehamilan Ibu*. The Indonesia Journal Of The Health Science, 65.
- Depkes. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Depkes.
- Palupi, D.D., (2014). *Faktor Risiko Kematian Ibu dengan Pre eklampsia atau Eklampsia dan Perdarahan di Provinsi Jawa Timur*. Jurnal Biometrika dan Kependudukan, 108.
- Okdiyantino, G., (2018). *Peran dan Fungsi Perawat Dalam Bidang Maternitas. 1*.
- Sukarni. I., dkk. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fatmawati. (2017). *Pengaruh Sistem Kesehatan Ibu Terhadap Derajat Pre eklampsia atau Eklampsia Di Kabupaten Gresik*. Buletin Penilaian Sistem Kesehatan, 56.
- Mitayani. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA, NIC-NOC., (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis. Jilid 1. Diterjemahkan oleh Amin Huda. N, Hardhi Kusuma*. Yogyakarta: Media Action.
- Taufan. N. (2012). *OBSGYN Obstetri dan Ginekologi untuk kebidanan dan keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mansyur, N., Dahlan, K. (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dilengkapi Dengan Penuntun Belajar*. Malang: Selaksa Malaka.
- Rahmawati, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Setiono, dkk. (2014). *Laporan Pendahuluan Persalinan Normal*. 4-5.
- Taufan. N. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tigor. H., dkk., (2016). *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Pre eklampsia Pada Ibu Hamil Di Poli KIA RSUD Anutapura Palu*. Jurnal Kesehatan Tadulako Vol.2 No.1, 35.
- Rohani & Reni. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.