ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR ANSIETAS PRE SECTIO CAESAREA DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Ardi Nur Faizal, S.Kep

A31600866

PEMINATAN KEPERAWATAN MATERNITAS

PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

2017

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama	: Ardi Nur Faizal, S.Kep
NIM	: A31600866
Tanda Tangan	:
Tanggal	: Agustus 2017

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

Laporan Hasil Ujian Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners telah Diterima dan Disetujui oleh Pembimbing Ujian Program Ners Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong pada:

Hari/ Tanggal : 14 Agustus 2017

Tempat : STIKES Muhammadiyah Gombong

Pembimbing

(Herniyatun, S. Kp., M.Kep Sp., Mat)

Mengetahui,
Ketua Program Studi
STIKES Muhammadiyah Gombong

Isma Yuniar, S. Kep., Ns., M. Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama	: Ardi Nur Faizal, S.Kep
Program Studi	: Program Ners Keperawatan
Judul KIA-N	: Analisis asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan dasar ansietas pre sectio caesarea di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Herniyatun, S. Kp., M.Kep Sp., Mat.

(.....)

Penguji : Siti Suwaibah, S. Kep., Ns

(.....)

Tanggal : Agustus 2017

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik STIKes Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

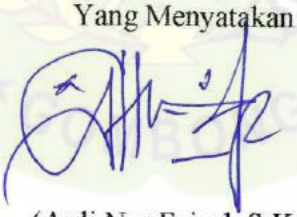
Nama	: Ardi Nur Faizal, S.Kep
NIM	: A31600866
Program Studi	: Program Ners Keperawatan
Jenis Karya	: Karya Ilmiah Ners

Dengan pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif *(Non-Execlusive Royalty-Free Right)* atas karya ilmiah saya yang berjudul:

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR ANSIETAS PRE SECTIO CAESAREA DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen
Pada Tanggal : Agustus 2017
Yang Menyatakan



(Ardi Nur Faizal, S.Kep)

Program Ners Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTA, Agustus 2017

Ardi Nur Faizal[1)] Herniyatun [2)] Siti Suwaibah [3)]

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SECTIO CAESAREA DENGAN ANSIETAS DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Latar Belakang: Seksio sesarea adalah melahirkan janin yang sudah mampu hidup beserta plasenta dan selaput ketuban secara transabdominal melalui insisi uterus. Hal ini mengakibatkan rasa ketidaknyamanan saat melahirkan. Rasa ketidaknyamanan tersebut membuat beberapa wanita mempunyai rasa takut akan melahirkan. Hal ini akan menimbulkan masalah keperawatan yaitu kecemasan.
Tujuan: Memaparkan hasil analisis asuhan keperawatan kecemasan pasien *pre sectio caesarea* dengan teknik terapi musik di ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
Tindakan: Tindakan yang dilakukan dalam penanganan kecemasan berhubungan dengan pembedahan penulis melakukan teknik terapi musik.
Evaluasi: Hasil evaluasi menunjukkan diagnosa ansietas berhubungan dengan pembedahan teratasi yang ditunjukkan dengan menurunnya tingkat kecemasan pasien.
Kata Kunci: *asuhan keperawatan, ansietas, terapi musik, sectio caesarea*

---

1) Mahasiswa S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong
2) Pembimbing I Dosen STIKES Muhammadiyah Gombong
3) Pembimbing II Dosen STIKES Muhammadiyah Gombong

Ners Nursing Program
MUHAMMADIYAH HEALTH SCIENCE INSTITUTE OF GOMBONG
KTA, August 2017

Ardi Nur Faizal[1)] Herniyatun [2)] Siti Suwaibah [3)]

ABSTRACT

ANALYSIS NURSING UPBRINGING IN PATIENTS SECTIO OF CAESAREA WITH ANXIETY IN THE FLAMBOYAN RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Background: sectio caesarea is delivery what are able to life and the placenta and amniotic membrane in transabdominal through incision is the uterus. This has resulted in the discomfort during delivery .Think the inconvenience make some women have a sense of fear delivery. This may lead to problems nursing namely anxiety.
Purpose: discuss the results of analysis care nursing anxiety patients pre sectio cæsarea to technique therapy music in the flamboyant RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
The act of: act done in handling anxiety related by surgery writer do technique therapy music.
Evaluation: results evaluation show the diagnosis anxiety related by surgery handled demonstrated by the decrease anxiety patients.
Keywords: care nursing, anxiety, music theraphy, sectio cæsarea.

---

1. Student
2. First Consultant
3. Second Consultant

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Alloh SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Ners ini dengan judul "Analisis asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan dasar ansietas pre sectio caesarea di ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto". Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Sehubungan dengan itu penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Herniyatun, S. Kp., M.Kep Sp., Mat, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong dan selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
2. Isma Yuniar, M.Kep, selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong
3. Dadi Santoso, M.Kep., Ns, selaku Kordinator Program Ners Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdiannya dari Alloh SWT. Tiada gading yang tak retak, maka penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga karya Karya Ilmiah Ners ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Gombong, Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ii
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING iii
HALAMAN PENGESAHAN iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS v
ABSTRAK vi
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI viii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
C. Manfaat Penulisan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6
A. Landasan Teori 6
B. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori 16
BAB III LAPORAN MANAJEMEN KASUS KELOLAAN 20
A. Profil Lahan Praktek 20
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan 28
BAB IV HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN 30
A. Analisis Karakteristik Klien 30
B Analisis Intervensi 35
C Inovasi Tindakan Keperawatan 37
BAB V PENUTUP 39
A. Kesimpulan 39
B. Saran 40
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kata ansietas berasal dari bahasa latin, *angere* yang berarti tercekik atau tercekat. Gangguan ansietas adalah keadaan tegang yang berlebihan atau tidak pada tempatnya yang ditandai oleh perasaan khawatir, tidak menentu atau takut (Maramis, 2009).

Menurut Capernito (2009) kecemasan adalah keadaan individu atau kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini) dan aktivitas sistem saraf autonom dalam berespons terhadap ancaman yang tidak jelas, non spesifik. Kecemasan merupakan unsur kejiwaan yang menggambarkan perasaan, keadaan emosional yang dimiliki seseorang pada saat menghadapi kenyataan atau kejadian dalam hidupnya. Kecemasan adalah perasaan individu dan pengalaman subjektif yang tidak diamati secara langsung dan perasaan tanpa objek yang spesifik dipacu oleh ketidak tahuan dan didahului oleh pengalaman yang baru (Stuart dkk, 2008). Berdasarkan definisi tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa kecemasan adalah perasaan yang tidak menyenangkan, tidak enak, khawatir dan gelisah. Keadaan emosi ini tanpa objek yang spesifik, dialami secara subjektif dipacu oleh ketidak tahuan yang didahului oleh pengalaman baru, dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal.

Ansietas merupakan satu keadaan yang ditandai oleh rasa khawatir disertai dengan gejala somatik yang menandakan suatu kegiatan berlebihan dari susunan saraf autonomic (SSA). Ansietas merupakan gejala yang umum tetapi non-spesifik yang sering merupakan satu fungsi emosi. Sedangkan depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya termasuk perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Keadaan dimana individu/kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini) dan aktivasi system syaraf

autonom dalam berespons terhadap ancaman tidak jelas, non spesifik (Ashadi, 2008).

Cemas atau ansietas merupakan reaksi emosional terhadap penilaian dari stimulus. Keadaan emosi ini biasanya merupakan pengalaman individu yang subyektif, yang tidak diketahui secara khusus penyebabnya. Ansietas berbneda dengan takut. Takut adalah penilaian intelektual dari stimulus yang mengancam dan obyeknya jelas. Individu tersebut dapat menggambarkan sumber dari rasa takut. Ansietas dapat merupakan suatu sumber kekuatan dan energinya dapat menghasilkan suatu tindakan yang destruktif atau konstruktif (Wahid, 2008).

Kecemasan adalah proses psikologi dan fisiologi dalam tubuh manusia yang menunjukkan reaksi terhadap bahaya sesungguhnya yang menimbulkan bencana. Kecemasan ibu yang mengalami SC disebabkan oleh faktor fisik. Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan (Ramaiah, 2013).

Persalinan adalah suatu proses mendorong keluar hasil konsepsi (janin, plasenta dan ketuban) dari dalam rahim lewat jalan lahir atau dengan jalan lain (Reeder, 2011). Pelahiran *sectio caesarea* adalah persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh dan berat janin diatas 500 gram yang sering disebut dengan *sectio caesarea* (SC) (Green, 2012). SC adalah salah satu operasi bedah yang paling umum dilakukan di dunia. WHO (2012), sebanyak (16%) SC dan berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, tingkat persalinan SC di Indonesia (10%).

Kelahiran melalui SC dapat menimbulkan gangguan fisiologis dan psikologis terutama pada pengalaman SC yang tidak direncanakan *(emergensi)* (Green, 2012). Berdasarkan kondisi pasien, tindakan SC dibedakan menjadi dua yaitu, SC terencana *(elektif)* dan SC darurat *(emergensi).* SC terencana *(elektif)* merupakan tindakan operasi yang sudah direncanakan jauh-jauh hari sebelumnya. Kondisi ini dilakukan jika ada masalah kesehatan pada ibu atau ibu menderita suatu penyakit, sehingga tidak memungkinkan untuk melahirkan

secara normal, misalnya janin presentasi bokong, plasenta previa, masalah kesehatan ibu dan janin. Sedangkan SC darurat *(emergensi)* dilakukan ketika proses persalinan normal sedang berlangsung, namun karena suatu keadaan kegawatan, misalnya induksi yang gagal, prolaps tali pusat, pendarahan, maka SC harus segera dilakukan (Oxorn & Forte, 2010).

Tindakan pembedahan merupakan salah satu faktor seseorang merasa cemas, takut dan gelisah. Saat menghadapi pembedahan pasien akan mengalami berbagai stressor, sedangkan rentang waktu menunggu pelaksanaan pembedahan akan menyebabkan rasa takut dan kecemasan pada pasien. Bila kecemasan tersebut tidak mendapat penanganan yang adekuat dari dokter, perawat maupun keluarga, tidak tertutup kemungkinan kecemasan akan bertambah parah yang berdampak kepada ketidaksiapan pasien menjalani operasi (Potter dan Perry, 2010).

Kecemasan pada pasien pre operasi adalah reaksi emosional pasien yang sering muncul. Hal ini merupakan respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap peran dalam kehidupan, integritas tubuh bukan kehidupannya (Brunner & Suddarth, 2012). Efek dari kecemasan yang tinggi dapat mempengaruhi fungsi fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, diaforesis, gemetar, ketakutan, mual/ muntah, gelisah, pusing, rasa panas dan dingin. Hal ini akan berdampak buruk pada kesehatan ibu dan janin.

Salah satu terapi yang dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan adalah dengan terapi musik klasik, yaitu bunyi yang diatur menjadi pola yang dapat menyenangkan telinga atau dapat mengkomunikasikan telinga, perasaan dan suasana hati (Sulastianto, 2007). Musik terbukti menunjukkan efek antara lain menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri, menurunkan tekanan darah, dan mengubah persepsi waktu (Price, 2006). Musik bersifat nyaman, menenangkan, membuat rileks, berstruktur, dan universal sehingga dapat digunakan sebagai terapi. Terapi musik sangat mudah diterima organ pendengaran dan kemudian melalui

saraf pendengaran disalurkan ke bagian otak yang memproses emosi (sistem limbik) (Sulastianto, 2007)

Ditinjau dari praktek lapangan di ruang Flamboyan rumah sakit Prof. Margono Soekarjo Purwokerto, selama ini dengan melihat dan menanyakan langsung kepada pasien yang akan menjalani operasi SC, banyak mengatakan bahwa mereka sangat cemas menghadapi operasi SC. Berdasarkan fenomena tersebut penulis merasa perlu untuk melakukan analisis terapi musik pada asuhan keperawatan klien pre operasi *sectio caesarea* yang mengalami kecemasan di ruang flamboyan rumah sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk menguraikan hasil analisis terapi musik pada asuhan keperawatan klien pre operasi *sectio caesarea* yang mengalami kecemasan di ruang flamboyan rumah sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

2. Tujuan Khusus
   a. Memaparkan hasil pengkajian pada klien pre operasi *sectio caesarea* yang mengalami kecemasan
   b. Memaparkan hasil diagnosa keperawatan pada klien pre operasi *sectio caesarea* yang mengalami kecemasan.
   c. Memaparkan perencanaan keperawatan yang dilakukan pada klien pre operasi *sectio caesarea* yang mengalami kecemasan.
   d. Memaparkan implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien pre operasi *sectio caesarea* yang mengalami kecemasan.
   e. Memaparkan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada klien pre operasi *sectio caesarea* yang mengalami kecemasan.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Praktek Keperawatan

   Hasil penulisan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tambahan mengenai manfaat terapi musik untuk menurunkan tingkat kecemasan ibu menjelang persalinan dengan *sectio caesarea.*

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

   Hasil penulisan ini diharapkan dapat dipublikasikan secara luas kepada pihak akademis, sehingga dapat dijadikan sumber referensi dalam memberikan asuhan perawatan pada pasien *sectio caesarea* dalam menurunkan tingkat kecemasan pre operasi menggunakan terapi musik.

DAFTAR PUSTAKA

Benson, P & Pernoll. (2009). Buku saku Obsetry Gynecology William. Jakarta. EGC

Brunner and Suddarth, (2012). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Alih. Bahasa : Agung Waluyo, et al, Edisi 8, EGC, Jakarta.

Carpenito, L.J. (2009). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan.* Jakarta: EGC.

Djohan. (2010). *Terapi Musik Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Galangpress.

Farida, A. (2010). *Efektifitas terapi musik terhadap penurunan nyeri post operasi pada anak usia sekolah di RSUP Haji Adam Malik Medan*. Skripsi, Universitas Sumatera Utara.

Fauzi. (2007). Operasi caesar pengantar dari a sampai z, jakarta Edsa Mahko

Green, Carol. (2012). Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: EG

Hidayat, A. Aziz Alimul, (*2008)*, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.

Isaacs. (2010). Panduan Belajar: Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatri. Jakarta: EGC

Kaplan, H.I & Saddock, B.J. (2009). Sinopsis Psikiatri . 8th ed. Jakarta: B Rupa Aksara;

Kemper, K. J., & Danhauer, S. C. (2010) . *Music as therapy. Complementary and Alternative Medicine*, 282-287.

Labbe, E., Schmidt, N., Babin, J., & Pharr, M. (2007). *Coping with stress: the effectiveness of different types of music.* Appl psychophysiol biofeedback

Maramis. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi 2.* Surabaya: Airlangga.

Merritt, S. (2013). *Simfoni otak*. Bandung : Kaifa.

Oxorn, Harry dan William R. Forte. (2010). Ilmu Kebidanan, Patologi dan Fisiologi Persalinan. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika

Peplau, L.A., dan Sears, D.O. (2011). *Psikologi Sosial. Edisi Keduabelas. Alih Bahasa: Tri Wibowo, B.S.* Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Potter, Perry. (2010). Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta: EGC

Prabowo, H. & Regina, H.S. (2007). *Tritmen Meta Musik Untuk Menurunkan Stres*. Jakarta: Universitas Gunadarma

Price, Sylvia A (2006). Patofisiologi: Konsep Klinis Proses -Proses Penyakit vol. 2, edk 6, EGC, Jakarta

Ramaiah. (2013). *Kecemasan Bagaimana Mengatasi Penyebabnya.* Jakarta: Pustaka Populer Obor

Reeder, Martin dan Koniak-Griffin. (2011). *Volume 2 Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Edisi 18.* Jakarta: ECG

Satiadarma, M. P & Zahra. (2014). *Cerdas dengan musik.* Jakarta: Puspa Suara.

Stuart, G.W, & Sundeen, S.J. (2008). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 5. Jakarta: EGC

Suhartini. (2008). *Effectiveness of music therapy toward reducing patient's anxiety in intensive care unit. Media Ners*, Volume 2, Nomor 1, Mei 2008, hlm 1-44

Sulastianto, 2007, Seni dan Budaya cetk 2, Gravindo Media Pratama, Bandung

Sulistyawati, Ari. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta; C.V Andi Offset

Wahid & Nurul. (2008). *Konsep diri*. Jakarta: EGC

ASUHAN KEPERAWATAN SECTIO CAESAREA (SC)

Disusun Oleh:
Ardi Nur Faizal
A31600866

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
2017

Hari/Tanggal Pengkajian : 1 Oktober 2016

Pengkaji : Ardi Nur Faizal

Ruang : Flamboyan

A. PENGKAJIAN

1. IDENTITAS PASIEN

Nama pasien	: Ny. S
Alamat	: Ledug, Purwokerto
Umur	: 33 tahuh
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT

2. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn. W
Umur	: 34 tahun
Alamat	: Ledug, Purwokerto
Pekerjaan	: Wiraswasta
Hubungan dengan klien	: Suami

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien dibawa ke RSUD pada tanggal 1 oktober 2016 oleh keluarga dan suaminya dengan keluhan nyeri di bagian perut.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan dulu pernah di rawat di RS karena kecelakaan ringan, pasien belum pernah mengalami keguguran ataupun abortus.

d. Riwayat kesehatan keluarga

pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien dan tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti Hipertensi, DM.

e. Riwayat Ginekologi

- Menarche umur : 11 tahun
- Siklus : 28 hari
- Lama : 6 -7 hari
- Konsistensi : cair, merah segar
- Dismenore : kadang kadang

f. Riwayat KB

Pasien mengatakan menggunakan KB IUD

g. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

No.	Usia kehamilan	Penolong	Jenis persalinan	BB	Jenis kelamin	Asi eksklusif	Umur sekarang
1.	32 minggu	Bidan	Normal	3,2 kg	Laki laki	+	6 tahun
2.	35 minggu						

h. Riwayat kehamilan saat ini

- G2 P1 A0
- HPHT : 25 Januari 2016
- Taksiran Partus : 2 Oktober 2016
- Berapa kali periksa saat hamil : 7 kali periksa
- Masalah kehamilan : -

i. Riwayat persalinan

- Jenis persalinan : Sectio Caesarea
- Jenis kelamin bayi :
- BB :
- TB :

4. POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

a. Pola persepsi menegemen kesehatan

Saat hamil : pasien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan setiap bualannya dan meminum susu ibu hamil.

Saat dikaji :

b. Pola Nutrisi

Saat hamil : pasien mengatakan makan 3-4x sehari dengan porsi banyak, minum 8-9 kali/hari

Saat dikaji : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi penuh diit dari RS minum 6-7 gelas/hari

c. Pola Eliminasi

Saat hamil : pasien mengatakan BAK 7-8 sehari dan BAK 1 kali/hari

Saat dikaji : pasien mengatakan belum BAB selama di RS

d. Pola aktivitas latihan

Saat hamil : pasien mengatakan sebagai ibu rumah tangga melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan aktivitas dengan pelan pelan dan di bantu oleh suaminya.

e. Pola perseptual kognitif

Saat hamil : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan panca indera, pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya setiap bulannya

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan panca indera, pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya setiap bulannya dan apabila merasakana ada keluhan pasien langsung memeriksakannya

f. Pola istirahat tidur

Saat hamil : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pola tidur, pasien tidur 7-8 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan tidurnya cukup tetepi sering terbangun

g. Pola konsep diri persepsi diri

Saat hamil : pasien mengatakan merasa nyaman dengan kehamilannya, pasien sudah menunggu kel;ahiran anak keduanya

Saat dikaji : pasien mengatakan kepikiran dan takut akan dilakukan operasi unuk kelahiran anak keduanya

h. Pola peran dan hubungan

Saat hamil : pasien mengatakan sedang hamil anak ke duanya, pasien mengatakan menjadi ibu dari 1 anak yaitu laki laki

Saat dikaji : pasien mengatakan anak keduanya belum lahir, pasien masih belum siap untuk dilakukan operasi

i. Pola reproduksi seksualitas

Saat hamil : pasien mengatakan tetap melakukan hubungan seksual saat hamil

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual

j. Pola pertahanan diri

Saat hamil : pasien mengatakan merasa bahagia menunggu kelahiran anak keduanya

Saat dikaji : pasien mengatakan selalu di dampingi oleh suaminya karena takut akan melahirkan secara operasi

k. Pola keyakinan dan nilai

Saat hamil : pasien mengatakan beragama islam dan tetep menjalankan ibadah sholat 5 waktu

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berdoa untuk kelancaran kelahiran anak keduanya

5. PEMERIKSAAN FISIK

1. KU : Baik
2. Kesadaran : Composmentis, GCS E4 M6 V5.
3. TD : 160/90mmHg
4. N : 78 x/menit
5. RR : 22 x/menit
6. S : 36

PEMERIKSAAN HEAD TO TOE

1. Kepala: Mesochepal, rambut ikal, warna rambut hitam tidak ada lesi.
2. Mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.
3. Hidung : Bentuk simetris, tidak ada polip.
4. Telinga : Tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran normal.
5. Mulut : Mukosa bibir kering, sianosis, gigi bersih, lidah bersih.
6. Leher : Tidak tampak JVP.
7. Dada

Paru : I :simetris, Tidak tampak retraksi dinding dada.
P :tidak ada nyeri tekan
P : Sonor
A : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

Jantung I: Iktus cordis tidak tampak
P : Tidak ada nyeri tekan, iktus kordis tak tampak di ict 5 midclavicula
P : pekak
A :terdengan BJ 1 dan BJ 2

8. Abdomen : I : tidak ada lesi
A : Bising usus 18 x/menit
P :Thympani
P :Terdapat nyeri tekan
9. Integument : Kulit putih. Tidak gatal
10. Ektremitas :

Atas : pada tangan kiri terpasang infus RL 20tpm
Bawah : kekuatan otot 5|5

11. Genetalia : Perempuan. Terpasang DC
12. TFU 3 jari dibawah pusat

13. Genetalia dan Perinium

Terpasang DC, Jenis kelamin perempuan, menggunakan pembalut

R : tidak ada kemerahan

E : tidak ada edema

E : tidak ada kebiruan

D : darah

A : -

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium tanggal 30 September 2016

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	L 10.4	g/dL	11.7-15.5
Leukosit	10030	u/L	3600-11000
Hematokrit	L 34	%	35-47
Eritrosit	4.1	10 6/uL	3.0-5.2
Trombosit	283.000	fL	150.000-440.000
MCV	81.6	Pg/cell	80-100
MCH	L 25.3	%	26-34
MCHC	L 31.0	%	32-36
RDW	H 14.9	fL	11.5-14.5
MPV	10.3	%	9.4-12.3
Basofil	O.2	%	0-1
Eosinofil	L 1.3	%	2-4
Batang	L 0.5	%	3-5
Segmen	68.9	%	50-70
Limfosit	L 20.7	%	25-40
Monosit	H 82.4	%	2-8

7. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	DS : - Pasien mengatakan takut akan menjalani operasi. - Pasien mengatakan belum pernah menjalani operasi sebelumnya. DO : - Pasien tampak gelisah - TD : 160/90mmHg - N : 87 x/menit - RR :22 x/menit - S : 36	Pembedahan	Ansietas
2	DS : - Pasien mengatakan nyeri P : pasien mengatakan nyeri timbul Q : nyeri seperti di tusuk tusuk R : nyeri area perut S : skala 4 T : hilang timbul DO : - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak memegangi area nyeri - TD : 160/90 - N : 87 - RR : 22 - S : 36	Agen cidera fisik	Nyeri akut

8. INTERVENSI KEPERAWATAN

<table>
<tr><th>No</th><th>DX</th><th>NOC</th><th>NIC</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Ansietas</td><td>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas teratasi dengan KH :
1. Tidak menunjukkan traumatik pada saat membicarakan pembedahan
2. Tidak tampak gelisah
3. Tidak merasa takut untuk dilakukan pembedahan yang sama.
Pasien merasa tenang</td><td>1. Lakukan pendekatan diri pada pasien supaya pasien merasa nyaman.
2. Yakinkan bahwa pembedahan merupakan jalan terbaik yang harus ditempuh untuk menyelamatkan bayi dan ibu.</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Nyeri akut</td><td>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan indikator :
<table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Melapor nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Frekuensi nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekspresi wajah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>Ket :
A : awal
T : tujuan
1. sangat berat
2. berat
3. sedang
4. ringan
5. normal</td><td>Manajemen nyeri (1400)
1. Monitor nyeri
2. Monitor TTV
3. Kendalikan lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidaknyamanan
4. Anjurkan untuk nafas dalam
5. Ajarkan teknik non farmakologi
6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat
7. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi</td></tr>
</table>

9. IMPLEMETASI

Hari/Tgl	Dx	Implementasi	Respon	TTD
	1	- Melakukan pendekatan diri pada pasien supaya pasien merasa nyaman. - Meyakinkan bahwa pembedahan merupakan jalan terbaik yang harus ditempuh untuk menyelamatkan bayi dan ibu - Memonitor TTV	S : Pasien mengatakan masih takut dengan dilakukannya tindakan operasi untuk melahirkan anaknya O : Pasien terlihat takut dan cemas Tampak wajah pasien terlihat cemas TD : 160/90 N : 78 RR : 22 S : 36	
	2	- Memonitor nyeri - Memonitor TTV - Mengendalikan lingkungan - Menggali faktor untuk menurunkan nyeri - Menganjurkan nafas dalam - Mengajarkan teknik non farmakologi - Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat - Memberikan terapi non farmakologi	S : - Pasien mengatakan nyeri P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri di perut S : skala 2 T : nyeri hilang timbul O : Pasien tampak meringis kesakitan Pasien tampak memegangi area nyeri TD : 160/90 N : 78 RR : 22 S : 36	

Evaluasi

Hari/tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	SOAP	Ttd
	Nyeri akut b.d agen cidera fisik	S: Pasien mengatakan masih nyeri - P: Nyeri dibagian perut bawah dan alat kemaluannya - Q: Seperti di tusuk-tusuk - R: perut bagian bawah dan alat kemaluan - S: skala nyeri 4 - T: Hilang timbul O: - Pasien tampak menahan sakit - TTV: TD: 160/90 mmHg, N: 78x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 36 ºC A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Ajarkan distraksi relaksasi - Berikan obat analgesic	
	Ansietas b.d pembedahan	S : Pasien mengatakan masih takut dengan dilakukannya tindakan operasi untuk melahirkan anaknya O : Pasien terlihat takut dan cemas Tampak wajah pasien terlihat cemas TD : 160/90 N : 78 RR : 22 S : 36 A : masalah ansietas belum teratasi P : lanjutkan intervensi	

ASUHAN KEPERAWATAN SECTIO CAESAREA (SC)

Disusun Oleh:
Ardi Nur Faizal
A31600766

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
2017

Hari/Tanggal Pengkajian : 11 Januari 2017

Pengkaji : Ardi Nur Faizal

Ruang : Flamboyan

A. PENGKAJIAN

1. IDENTITAS PASIEN

Nama pasien	: Ny. M
Alamat	: Baturaden, Purwokerto
Umur	: 27 tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
DX Medis	: KPD

2. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn. A
Umur	: 28 tahun
Alamat	: Baturaden, Purwokerto
Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Hubungan dengan klien	: Suami

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan di bawa ke RSUD Prof. Dr. Margono diantar oleh keluarganya, dengan keluhan nyeri perut dan mengeluarkan cairan kehijau hijauan, kemudian pasien di rawat diruang Flamboyan dan di sarankan untuk menjalani Operasi.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan hamil anak pertama, sebelumnya pasien belum pernah di rawat di RS.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien dan tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti Hipertensi, DM.

e. Riwayat Ginekologi

- Menarche umur : 16 tahun
- Siklus : 28 hari
- Lama : 6 -7 hari
- Konsistensi : cair, merah segar
- Dismenore : kadang kadang

f. Riwayat KB

Pasien belum menggunakan KB

g. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

No.	Usia kehamilan	Penolong	Jenis persalinan	BB	Jenis kelamin	Asi eksklusif	Umur sekarang
	-	-	-	-	-	-	-

h. Riwayat kehamilan saat ini

- G1 P1 A0
- HPHT :
- Taksiran Partus :
- Berapa kali periksa saat hamil : 8 kali periksa
- Masalah kehamilan : KPD

i. Riwayat persalinan

- Jenis persalinan : Sectio Caesarea
- Jenis kelamin bayi :
- BB :
- TB :

B. POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

a. Pola persepsi menegemen kesehatan

Saat hamil : pasien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan setiap bualannya dan meminum susu ibu hamil.

Saat dikaji : pasien mengatakan selalu memeriksakan kehamilannya setiap bulan ke bidan, dan rutin minum susu ibu hamil

b. Pola Nutrisi

Saat hamil : pasien mengatakan makan 3-4x sehari dengan porsi banyak, minum 8-9 kali/hari

Saat dikaji : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi penuh diit dari RS minum 6-7 gelas/hari

c. Pola Eliminasi

Saat hamil : pasien mengatakan BAK 7-8 sehari dan BAK 2 kali/hari

Saat dikaji : pasien mengatakan belum BAB selama di RS

d. Pola aktivitas latihan

Saat hamil : pasien mengatakan sebagai ibu rumah tangga melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan aktivitas dengan pelan pelan dan di bantu oleh suaminya karena nyeri saat bergerak.

e. Pola perseptual kognitif

Saat hamil : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan panca indera, pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya setiap bulannya

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan panca indera, pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya setiap bulannya dan apabila merasakan ada keluhan pasien langsung memeriksakannya ke bidan setempat.

f. Pola istirahat tidur

Saat hamil : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pola tidur, pasien tidur 7-8 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan tidurnya cukup tetepi sering terbangun karena kepikiran akan kondisi janinnya.

g. Pola konsep diri persepsi diri

Saat hamil : pasien mengatakan merasa nyaman dengan kehamilannya, pasien sudah menunggu kelahiran anak keduanya

Saat dikaji : pasien mengatakan kepikiran dan takut akan dilakukan operasi unuk kelahiran anaknya

h. Pola peran dan hubungan

Saat hamil : pasien mengatakan sedang hamil anak pertamanya, pasien mengatakan akan menjadi ibu.

Saat dikaji : pasien mengatakan anak pertamanya belum lahir, pasien masih belum siap untuk dilakukan operasi

i. Pola reproduksi seksualitas

Saat hamil : pasien mengatakan tetap melakukan hubungan seksual saat hamil

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual

j. Pola pertahanan diri

Saat hamil : pasien mengatakan merasa bahagia menunggu kelahiran anak keduanya

Saat dikaji : pasien mengatakan selalu di dampingi oleh suaminya.

k. Pola keyakinan dan nilai

Saat hamil : pasien mengatakan beragama islam dan tetep menjalankan ibadah sholat 5 waktu

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berdoa untuk kelancaran kelahiran anak pertamanya.

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. KU : Baik
2. Kesadaran : Composmentis, GCS E4 M6 V5.
3. TD : 130/90mmHg
4. N : 76 x/menit
5. RR : 22 x/menit
6. S : 36

PEMERIKSAAN HEAD TO TOE

1. Kepala: Mesochepal, rambut ikal, warna rambut hitam tidak ada lesi.
2. Mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.
3. Hidung : Bentuk simetris, tidak ada polip.
4. Telinga : Tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran normal.
5. Mulut : Mukosa bibir kering, sianosis, gigi bersih, lidah bersih.
6. Leher : Tidak tampak JVP.
7. Dada

Paru : I :simetris, Tidak tampak retraksi dinding dada.
P :tidak ada nyeri tekan
P : Sonor
A : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

Jantung I: Iktus cordis tidak tampak
P : Tidak ada nyeri tekan, iktus kordis tak tampak di ict 5 midclavicula
P : pekak
A :terdengan BJ 1 dan BJ 2

8. Abdomen : I : tidak ada lesi
A : Bising usus 18 x/menit
P :Thympani
P :Terdapat nyeri tekan
9. Integument : Kulit putih. Tidak gatal
10. Ektremitas :
Atas : pada tangan kiri terpasang infus RL 20tpm
Bawah : kekuatan otot 5|5
11. Genetalia : Perempuan. Terpasang DC
12. TFU 3 jari dibawah pusat

13. Genetalia dan Perinium

Terpasang DC, Jenis kelamin perempuan, menggunakan pembalut

R : tidak ada kemerahan

E : tidak ada edema

E : tidak ada kebiruan

D : darah

A : -

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Januari 2017

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	L 8.6	g/dL	11.7-15.5
Leukosit	H 25430	u/L	3600-11000
Hematokrit	L 26	%	35-47
Eritrosit	L 2.8	10 6/uL	3.0-5.2
Trombosit	L 136.000	fL	150.000-440.000
MCV	91.6	Pg/cell	80-100
MCH	20.8	%	26-34
MCHC	33.6	%	32-36
RDW	H 14.9	fL	11.5-14.5
MPV	H 13.3	%	9.4-12.3
Basofil	0.2	%	0-1
Eosinofil	L 0.0	%	2-4
Batang	4.6	%	3-5
Segmen	H 77.0	%	50-70
Limfosit	L 10.7	%	25-40
Monosit	7.4	%	2-8

E. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	DS : Pasien mengatakan mengeluarkan cairan kehijau hijauan dari pervaginanya. DO : Tampak terlihat pasien mengeluarkan cairan kehijau hijauan	Ketuban pecah dini	Resiko infeksi
2	DS : - Pasien mengatakan nyeri P : pasien mengatakan nyeri timbul Q : nyeri seperti di tusuk tusuk R : nyeri area perut S : skala 4 T : hilang timbul DO : - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak memegangi area nyeri - TD : 130/90 - N : 76 - RR : 22 - S : 36	Agen cidera fisik	Nyeri akut

3	DS : - Pasien mengatakan cemas karena anaknya akan dilahirkan secara premature DO : Pasien tampak cemas Pasien tampak sedih dan takut TD : 130/90 N : 76 RR : 22 S : 36	Persalinan premature	Ansietas

F. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	NOC	NIC
1.	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam di harapkan pasien tidak menunjukan tanda-tanda infeksi . dengan criteria hasil : – Tanda-tanda infeksi tidak tidak ada. – Tidak ada lagi cairan ketuban yang keluar dari pervaginaan. – DJJ normal – Leukosit pasien kembali normal	- Kaji tanda-tanda infeksi . - Pantau keadaan umum pasien - Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi therapeutic. - Berikan lingkungan yang nyaman untuk pasien. - Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat antiseptik sesuai terapi.
2.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan KH : - Tanda-tanda vital dalam batas normal. TD :130/90 mm Hg N : 76x/ menit. – Pasien tampak tenang/rileks. – Pasien mengatakan nyeri pada perut berkurang.	Manajemen nyeri (1400) 1. Monitor nyeri 2. Monitor TTV 3. Kendalikan lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidaknyamanan 4. Anjurkan untuk nafas dalam 5. Ajarkan teknik non farmakologi 6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat 7. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi
3.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam di harapkan ansietas pasien teratasi. dengan kriteria hasil : – Pasien tidak cemas lagi – Pasien sudah mengetahui tentang	1. Kaji tingkat kecemasan pasien. 2. Dorong pasien untuk istirahat total. 3. Berikan suasana yang tenang dan ajarkan keluarga untuk

		penyakit	memberikan dukungan emosional pasien.

G. IMPLEMETASI

Hari/Tgl	Dx	Implementasi	Respon	TTD
	1	- Kaji tanda-tanda infeksi . - Pantau keadaan umum pasien - Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi therapeutic. - Berikan lingkungan yang nyaman untuk pasien. - Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat antiseptik sesuai terapi	S : - Pasien mengatakan mengeluarkan cairan berwarna hijau dari pervagina O : - Tampak terlihat cairan berwarna kehijau hijauan	
	2	- Memonitor nyeri - Memonitor TTV - Mengendalikan lingkungan - Menggali faktor untuk menurunkan nyeri - Menganjurkan nafas dalam - Mengajarkan teknik non farmakologi - Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat - Memberikan terapi non farmakologi	S : - Pasien mengatakan nyeri P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri di perut S : skala 2 T : nyeri hilang timbul O : Pasien tampak meringis kesakitan Pasien tampak memegangi area nyeri TD : 130/90 N : 76 RR : 22 S : 36	
	3	– Pasien tidak cemas lagi	S :	

		– Pasien sudah mengetahui tentang penyakit - Memonitor TTV	Pasien mengatakan cemas karena anaknya akan dilahirkan secara premature O : Pasien terlihat takut dan cemas Tampak wajah pasien terlihat cemas TD : 130/90 N : 76 RR : 22 S : 36	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

Evaluasi

Hari/tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	SOAP	Ttd
	Resiko infeksi b.d ketuban pecah dini	S : - Pasien mengatakan mengeluarkan cairan berwarna hijau dari pervagina O : - Tampak terlihat cairan berwarna kehijau hijauan A : Masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
	Nyeri akut b.d agen cidera fisik	S: Pasien mengatakan masih nyeri - P: Nyeri dibagian perut bawah dan alat kemaluannya - Q: Seperti di tusuk-tusuk - R: perut bagian bawah dan alat kemaluan - S: skala nyeri 4 - T: Hilang timbul O: - Pasien tampak menahan sakit - TTV: TD: 160/90 mmHg, N:	

		78x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 36 ºC A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Ajarkan distraksi relaksasi - Berikan obat analgesic	
	Ansietas b.d pembedahan	S : Pasien mengatakan masih takut dengan dilakukannya tindakan operasi untuk melahirkan anaknya O : Pasien terlihat takut dan cemas Tampak wajah pasien terlihat cemas TD : 160/90 N : 78 RR : 22 S : 36 A : masalah ansietas belum teratasi P : lanjutkan intervensi	

ASUHAN KEPERAWATAN SECTIO CAESAREA (SC)

Disusun Oleh:

Ardi Nur Faizal

A31600766

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

2017

PENGKAJIAN

A. Data Demografi

Nama Klien	:	Ny. K	Nama Suami	:	Tn. S
Umur Klien	:	25 tahun	Umur Suami	:	24 tahun
Jenis Kelamin	:	Wanita	Alamat	:	Sidareja I/IV
Status Perkawinan	:	Kawin	Pekerjaan	:	Wiraswasta
Agama	:	Islam	Diagnosa medik	:	Oligohidramnion
Suku	:	Jawa	Tgl masuk RS	:	6 Maret 2017
Pendidikan	:	SLTP	Tgl pengkajian	:	9 Maret 2017

B. Keluhan utama saat ini:

Cemas dengan rencana tindakan operasi caesar yang akan dilakukan.

C. Riwayat penyakit dahulu:

Klien tidak ada menderita penyakit sebelumnya.

D. Riwayat penyakit keluarga:

Tidak ada menderita penyakit dalam keluarga NY. K ataupun dari pihak suami.

Genogram:

E. Riwayat Ginekologi

Klien tidak ada menderita penyakit menular seksual dan belum pernah mengalami pembedahan ginekologi.

F. Riwayat Obstetri (menarche, siklus menstruasi, karakteristik menstruasi)

Menarche usia 15 tahun, siklus haid teratur 28 hari dan lama 7 hari.

G1 P0 A0			HPHT	:	6 Juni 2008
HPL	:	13 Maret 2009	Usia kehamilan	:	39 minggu 3 hari

Keluhan yang muncul selama kehamilan ini:

1. Trimester I : tidak ada.
2. Trimester II : tidak ada.
3. Trimester III : oligohidramnion.

G. Kebiasaan yang merugikan :

Klien tidak merokok dan mengkonsumsi alkohol.

H. Imunisasi:

Klien mendapatkan imunisasi TT di puskesmas.

I. Kebutuhan dasar sehari-sehari:

1. Nutrisi:

Klien makan 3 kali sehari, menu nasi lauk dan sayur serta susu 1 kali sehari. Tidak ada keluhan mual dan muntah. Tidak ada riwayat alergi makanan. Minum lebih kurang 1500 cc/hari.

2. Eliminasi

Klien BAK 5-7 kali sehari, warna urine jernih lebih kurang 1500 cc/ hari. Tidak ada keluhan saat berkemih. BAB 2 kali sehari dengan konsistensi lunak, tidak ada keluhan konstipasi.

3. Aktivitas dan latihan

Aktivitas selama hamil tidak ada perubahan, klien tetap menjalankan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga. Tidak ada keluhan sesak atau pusing saat beraktifitas.

4. Istirahat dan tidur

Tidak ada gangguan dalam pola tidur. Malam hari tidur 7 jam dan siang 1 jam.

5. Seksualitas

Klien melakukan aktifitas seksual 1 kali dalam seminggu. Tidak ada keluahan dalam aktifitas seksual.

6. Persepsi dan kognitif

Status mental	:	Kesadaran CM
Pendengaran	:	baik, dapat mendengar dengan baik.
Perabaan	:	baik, tidak ada keluhan sensasi perabaan.
Berbicara	:	bicara jelas dan bisa dipahami.
Kejang	:	tidak ada kejang selama kehamilan.
Penciuman	:	baik, tidak ada keluhan
Nyeri	:	tidak ada nyeri.
Kognitif	:	klien kadang-kadang terlihat merenung dan gugup.

J. Persepsi diri dan konsep diri

1. Motivasi terhadap kehamilan : klien dan suami menyatakan kehamilan yang pertama ini sangat diharapkan.
2. Efek kehamilan terhadap body image : tidak ada masalah bagi klien terhadap perubahan bentuk tubuh.
3. Orang paling dekat : suami dan ibu klien.
4. Tujuan dari kehamilan : untuk melanjutkan keturunan.

K. Keluarga Berencana

Klien belum pernah menggunakan alat kontrasepsi.

L. Pemeriksaan Fisik

1. Kaji vital sign

Tekanan darah	:	100/70 mmHg	Nadi	:	88 x/menit
Temperatur	:	36,7 ^{o}C	RR	:	20 x/mnt
BB	:	50 kg	TB	:	150 cm

2. Kulit, rambut dan kuku

Inspeksi kulit terdapat linea nigra, tidak ada pucat di daerah akral. Kebersihan rambut baik dan kuku pendek bersih.

3. Pemeriksaan head to toe :

a. Kepala dan leher

1) Skelera tidak ikterik, konjungtiva tidak pucat, tidak ada edema palpebra. Klien tidak menggunakan kacamata.
2) Tidak ada pembesaran limphe node anterior dan posterior dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

b. Telinga bersih, membran timpani utuh.

c. Mulut, tenggorokan dan hidung

Mukosa mulut lembab, gigi lengkap, tidak ada keluhan. Faring tidak hiperemis, tidak ada pembesaran tonsil. Mukosa hidung lembab dan tidak ada epistaksis.

d. Thoraks dan paru-paru

Dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, palpasi dalam batas normal. Suara paru vesikular, tidak ada bunyi tambahan weezhing atau ronchi.

e. Payudara

Payudara membesar, hiperpigmentasi pada areola mammae. Putting susu menonjol keluar. Teraba lunak dan tidak ada teraba benjolan.

f. Jantung

Pulsasi ictus cordis tidak terlihat, teraba dalam batas normal. Pada perkusi tidak ada pembesaran jantung. Terdengar bunyi jantung I dan II.

g. Abdomen

Inspeksi terdapat linea nigra.

Leopold I	:	teraba bokong di fundus.
Leopold II	:	bagian kanan teraba punggung, di kiri teraba bagian kecil.
Leopold III	:	teraba kepala.
Leopold IV	:	divergent
TFU	:	31 cm
DJJ	:	140 x/menit, frekuensi teratur (12-12-12).

Tafsiran berat janin 3100 gram.

h. Genetalia

Distribusi rambut merata, tidak ada bekas luka.

i. Anus dan rectum

Tidak ada hemoroid, tidak ada lesi.

j. Vaskularisasi perifer

Wajah tidak pucat, ekstremitas tidak pucat, pengisian kapiler 2-3 detik, tidak ada edema.

k. Perkusi refleks tendo

Normal, refleks +1 tidak ada klonus

l. Neurologik

Tidak ada keluhan pusing.

M. Pemeriksaan Diagnostik

1. USG

Hamil, janin hidup, presentasi kepala. DJJ positif dan baik. Oligohydramnion. Plasenta di corpus posterior. Umur kehamilan 38 minggu.

2. Laboratorium

N. Tindakan Medik

Akan dilakukan sectio caesarea tanggal 10 Maret 2017.

ANALISA DATA

No	Data Fokus		
	DS: Klien mengatakan cemas dengan rencana tindakan SC yang akan dilakukan. DO: Klien kadang-kadang terlihat merenung dan gugup.	Cemas	Situasi krisis (tindakan pembedahan)
	DS: Klien mengatakan nyeri di area insisi operasi dengan skala 5-6. DO: Wajah pucat. TD: 110/70 mmHg Nadi: 98 x/menit RR: 20 x/menit Suhu: 37,2 °	Nyeri akut	Agen cidera fisik (insisi pembedahan)
	DS: Klien mengatakan takut menggendong/merawat bayinya serta belum tahu cara menyusui DO: -	Kurang pengetahuan: menyusui.	Keterbatasan paparan.
	DS: - DO: -	Risiko infeksi.	Pertahanan primer tak adekuat (kulit tak utuh, lochea post partum).

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan
9/3/2017 11.00	Cemas berhubungan dengan situasi krisis (tindakan pembedahan).
10/3/2017 19.15	Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (insisi pembedahan).
12/3/2017 14.00	Kurang pengetahuan: menyusui berhubungan dengan keterbatasan paparan.
13/3/2017 08.30	Risiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat (kulit tak utuh, lochea post partum).

RENCANA TINDAKAN

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcome Classification	Nursing Interventions Classification
9/3/2017 11.30	Cemas berhubungan dengan situasi krisis (tindakan pembedahan) DS: Klien mengatakan cemas dengan rencana tindakan SC yang akan dilakukan. DO: Klien kadang-kadang terlihat merenung dan gugup.	Kontrol kecemasan: Monitor intensitas kecemasan (2). Menggunakan strategi koping efektif (5). Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi cemas (5).	Reduksi kecemasan: Gunakan *calm* teknik untuk menenangkan klien. Jelaskan semua prosedur. Berikan informasi faktual meliputi diagnosis, tindakan dan prognosis. Libatkan keluarga untuk tetap bersama klien. Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi. Identifikasi perubahan level kecemasan. Observasi tanda verbal dan non verbal kecemasan.

RENCANA TINDAKAN

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcome Classification	Nursing Interventions Classification
10/3/2017 19.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (insisi pembedahan). DS: Klien mengatakan nyeri di area insisi operasi dengan skala 5-6. DO: Wajah pucat. TD: 110/70 mmHg Nadi: 98 x/menit RR: 20 x/menit Suhu: 37,2 ℃	Kontrol nyeri: Menggunakan teknik non-analgesik untuk mengurangi nyeri (5). Menggunakan analgetik yang sesuai (2). Laporan nyeri (2).	Manajemen nyeri: Kaji secara komprehensif nyeri, meliputi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas. Observasi respon nonverbal terhadap nyeri terutama jika tidak bisa komunikasi efektif. Bantu klien dan libatkan keluarga dalam pemberian dukungan. Berikan informasi tentang nyeri, berapa lama, dan antisipasi untuk kenyamanan. Ajarkan teknik non-parmakologik: relaksasi, masase sebelum atau selama nyeri. Jelaskan tentang teknik farmakologi yang diberikan untuk mengurangi nyeri.

RENCANA TINDAKAN

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcome Classification	Nursing Interventions Classification
12/3/2017 14.00	Kurang pengetahuan: menyusui berhubungan dengan keterbatasan paparan. DS: Klien mengatakan takut menggendong/merawat bayinya serta belum tahu cara menyusui DO: -	Pengetahuan: menyusui: Menjelaskan teknik menyusui yang tepat (5). Keteraturan menyusui: ibu: Posisi yaang nyaman selama menyusui (5). Dukungan keluarga (5).	Breastfeeding assistance: Diskusikan dengan orang tua lamanya waktu penyusuan. Bantu orang tua mengidentifikasi isyarat praktis menyusui. Ajarkan ibu posisi menyusui yang tepat. Ajarkan ibu teknik pengisapan bayi yang benar. Monitor integritas kulit puting susu. Identifikasi dukungan terhadap ibu.

RENCANA TINDAKAN

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcome Classification	Nursing Interventions Classification
13/3/2017 08.30	Risiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat (kulit tak utuh, lochea post partum).	Pengetahuan: kontrol infeksi: Menjelaskan cara-cara transmisi (4). Menjelaskan teknik pengurangan transmisi (5). Kontrol risiko: Seleksi strategi kontrol risiko (5).	Kontrol infeksi: Jelaskan kepada klien dan keluarga bagaimana infeksi bisa terjadi. Anjurkan klien intake nutrisi yang sesuai. Administrasi antibiotik profilaksis. Perawatan luka: Ganti perband. Monitor karakteristik luka. Lakukan dressing dengan teknik steril. Ajarkan klien dan keluarga prosedur perawatan luka dan mengenal tanda-tanda infeksi. Perineal care: Bantu perawatan perineal. Bersihkan perineum secara reguler.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	No. DK	Implementasi	Evaluasi
9/3/2017 11.30 11.30 11.45 12.45 13.30	1	Memantau tingkat kecemasan klien. Klien menyatakan sedikit cemas dengan tindakan pembedahan yang akan dilakukan besok. Mendengarkan keluhan klien. Menjelaskan semua prosedur tindakan yang akan dijalani serta memberikan informasi faktual meliputi diagnosis, tindakan dan prognosis. Mengajarkan klien teknik relaksasi: teknik pernapasan dan pengalihan perhatian dengan melibatkan keluarga untuk tetap bersama klien. Melakukan pengukuran tanda vital. Tekanan Darah: 110/70 mmHg Pernapasan: 20x/menit Frekuensi Nadi: 84 x/menit Suhu: 36,7 °C Memantau tingkat kecemasan klien dan memperhatikan respon non verbal klien.	Jam 13.30 S: Klien menyatakan cemasnya berkurang. O: Wajah klien tampak rileks. Mampu menggunakan teknik relaksasi. A: Masalah cemas berkurang P: Masalah cemas teratasi, lanjutkan intervensi penguatan koping klien.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Catatan Keperawatan	Evaluasi
19.00	Melakukan pengkajian post operasi: Keluhan utama saat ini: Nyeri pada luka operasi. Riwayat persalinan saat ini: Kelahiran melalui SC elektif SBR dengan regional anestesi, dilakukan jam 10.00 wib pagi. Tidak ada masalah selama tindakan. Bayi lahir perempuan 3200 gram dengan PB 51 cm. Keadaan Psikologis Ibu: Klien bahagia dengan kelahiran anaknya, namun klien mengatakan belum bisa dan mengetahui cara menyusui atau takut menggendong bayinya. Pemeriksaan fisik: Kesadaran compos mentis. Wajah agak pucat, konjungtiva tidak pucat, skelera tidak icterik. Suara paru vesikular, BJ I dan II. Payudara lunak tidak ada massa, asi keluar. Abdomen terdapat luka sayatan di bawah umbilikal masih nyeri, skala sedang 5-6. Bunyi usus (+), involusi uterus/RDA (+). Lochea merah dan homans (-). TD: 110/70 mmHg, nadi: 98 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu 37,2 °C. ADL; Klien boleh makan/minum dibantu keluarga, saat ini diiet bubur. Menggunakan DC. Saat ini aktivitas klien miring kiri dan kanan.	

	Pemeriksaan Hb ulang: 9,8 g/dl Terapi: Infus RL 20 gtt/menit. Katorolak 3 x 1 amp/iv Cefotaksin 3 x 1gr/iv Vit. C 3 x 1 amp/iv	

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	No. DK	Implementasi	Evaluasi
10/3/2017 19.30 20.00 21.00 05.30	2	Mengkaji nyeri: nyeri luka operasi skala sedang 5-6. Respon nonverbal: wajah pucat, meringis dan nadi 98 x/menit. Melibatkan keluarga dalam pemberian dukungan dengan menganjurkan keluarga untuk mengalihkan perhatian dari nyeri. Ajarkan teknik non-parmakologik: relaksasi, masase sebelum atau selama nyeri. Memberikan injeksi ketorolak 1 amp/iv. Mengkaji nyeri klien: Nyeri berkurang, skala 3-4. Klien tampak rileks. TD: 100/70 mmHg. Nadi: 80 x/menit. Respirasi rate 20 x/menit. Suhu: 36,7 °C.	Jam 06.00 S: Klien menyatakan nyeri berkurang. O: Wajah klien tampak rileks. Tanda vital dalam batas normal, nadi 98 x/menit, rr 20 x/menit. A: Nyeri akut teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi penggunaan teknik non-farmakologik (distraksi dan relaksasi).

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	No. DK	Implementasi	Evaluasi
12/3/2017 14.30 18.30	2	Mengkaji nyeri: Nyeri berkurang, skala 2-3. Klien mampu menggunakan teknik relaksasi. Memberikan asam mefenamat 1 tablet (500 mg). Mengukur tanda vital: TD: 100/70 mmHg, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,7 °C.	18.30 S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala 2-3. O: Ekspresi wajah rileks. Tanda vital dalam batas normal, nadi 80 x/menit. A: Nyeri akut teratasi.
12/3/2017 14.30 20.00	3	Mengkaji pengetahuan ibu tetang teknik laktasi. Mengajarkan ibu posisi menyusui yang tepat serta teknik menyusui yang benar. Mendiskusikan dengan klien serta suami lamanya waktu penyusuan. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien selama masa menyusui.	Jam 20.30 S: Klien menyatakan sudah berani mencoba menyusui bayinya, tapi terasa nyeri saat bayi menyusu. Klien mengatkan ASI belum banyak. O: Klien menyusui bayinya setiap 2 jam. A: Kurang pengetahuan menyusui teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi dukungan keluarga.

13/3/2017 09.00 09.15	4	Mengkaji kondisi luka: Luka kering, tidak ada tanda peradangan. Melakukan perawatan luka dengan teknik steril dan menggunakan air steril (NaCl 0,9%). Menyarankan klien untuk menjaga balutan tetap kering dan tetap mengkonsumsi makanan tinggi protein di rumah. Mengkaji keadaan lochea: Merah dan tidak berbau. Melakukan vulva hygiene. Menjelaskan tujuan dan mengajarkan serta menyarankan kepada klien untuk membersihkan daerah vulva dengan air matang di rumah.	Jam 10.00 S: Klien mengatakan memahami cara perawatan perineal. Klien mengetahui cara transmisi terjadinya infeksi. O: Luka kering, dan lochea tidak berbau serta tidak ada tanda peradangan. A: Infeksi tidak terjadi. P: Klien boleh pulang, dan dianjurkan untuk kontrol ke pelayanan kesehatan.
13/3/2017 09.30	3	Mengkaji ulang pengetahuan klien tentang menyusui: Klien sudah mampu menyusui bayi. Menganjurkan klien tetap menyusui bayi di rumah sesuai dengan teknik yang telah diajarkan sebelumnya.	Jam 12.30 S: Klien mengatakan sudah bisa menyusui sesuai dengan teknik yang diajarkan. O: Suami klien ikut terlibat saat klien menyusukan bayinya. A: Masalah kurang pengetahuan teratasi P: Intervensi dihentikan.

Hari/Tanggal Pengkajian : 22 Januari 2017

Pengkaji : Ardi Nur Faizal

Ruang : Flamboyan

A. PENGKAJIAN

1. IDENTITAS PASIEN

Nama pasien	: Ny. D
Alamat	: Sokaraja, Banyumas
Umur	: 25 tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: Sarjana
Pekerjaan	: Guru
DX Medis	:

2. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn. B
Umur	: 28 tahun
Alamat	: Sokaraja, Banyumas
Pekerjaan	: PNS
Hubungan dengan klien	: Suami

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien di bawa ke RSUD Prof. Dr. Margono diantar oleh suaminya pada tanggal 21 Januari 2017, dengan keluhan nyeri perut, kemudian pasien di rawat diruang Flamboyan.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan hamil anak pertama, sebelumnya pasien belum pernah di rawat di RS.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien dan tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti Hipertensi, DM.

e. Riwayat Ginekologi

- Menarche umur : 14 tahun
- Siklus : 28 hari
- Lama : 5 -7 hari
- Konsistensi : cair, merah segar
- Dismenore : kadang kadang

f. Riwayat KB

Pasien belum menggunakan KB

g. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

No.	Usia kehamilan	Penolong	Jenis persalinan	BB	Jenis kelamin	Asi eksklusif	Umur sekarang
	-	-	-	-	-	-	-

h. Riwayat kehamilan saat ini

- G1 P1 A0
- HPHT :
- Taksiran Partus :
- Berapa kali periksa saat hamil : 8 kali periksa
- Masalah kehamilan : KPD

i. Riwayat persalinan

- Jenis persalinan : Sectio Caesarea
- Jenis kelamin bayi :
- BB :
- TB :

B. POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

a. Pola persepsi menegemen kesehatan

Saat hamil : pasien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan setiap bualannya dan meminum susu ibu hamil.

Saat dikaji : pasien mengatakan selalu memeriksakan kehamilannya setiap bulan ke bidan, dan rutin minum susu ibu hamil

b. Pola Nutrisi

Saat hamil : pasien mengatakan makan 3-4x sehari dengan porsi banyak, minum 8-9 kali/hari

Saat dikaji : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi penuh diit dari RS minum 6-7 gelas/hari

c. Pola Eliminasi

Saat hamil : pasien mengatakan BAK 7-8 sehari dan BAK 2 kali/hari

Saat dikaji : pasien mengatakan belum BAB selama di RS

d. Pola aktivitas latihan

Saat hamil : pasien mengatakan sebagai ibu rumah tangga melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan aktivitas dengan pelan pelan dan di bantu oleh suaminya karena nyeri saat bergerak.

e. Pola perseptual kognitif

Saat hamil : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan panca indera, pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya setiap bulannya

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan panca indera, pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya setiap bulannya dan apabila merasakan ada keluhan pasien langsung memeriksakannya ke bidan setempat.

f. Pola istirahat tidur

Saat hamil : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pola tidur, pasien tidur 7-8 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan tidurnya cukup tetepi sering terbangun karena kepikiran akan kondisi janinnya.

g. Pola konsep diri persepsi diri

Saat hamil : pasien mengatakan merasa nyaman dengan kehamilannya, pasien sudah menunggu kelahiran anak pertamanya

Saat dikaji : pasien mengatakan kepikiran dan takut akan dilakukan operasi unuk kelahiran anaknya

h. Pola peran dan hubungan

Saat hamil : pasien mengatakan sedang hamil anak pertamanya, pasien mengatakan akan menjadi ibu.

Saat dikaji : pasien mengatakan anak pertamanya belum lahir, pasien masih belum siap untuk dilakukan operasi

i. Pola reproduksi seksualitas

Saat hamil : pasien mengatakan tetap melakukan hubungan seksual saat hamil

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual

j. Pola pertahanan diri

Saat hamil : pasien mengatakan merasa bahagia menunggu kelahiran anak keduanya

Saat dikaji : pasien mengatakan selalu di dampingi oleh suaminya.

k. Pola keyakinan dan nilai

Saat hamil : pasien mengatakan beragama islam dan tetep menjalankan ibadah sholat 5 waktu

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berdoa untuk kelancaran kelahiran anak pertamanya.

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. KU : Baik
2. Kesadaran : Composmentis, GCS E4 M6 V5.
3. TD : 120/80mmHg
4. N : 80 x/menit
5. RR : 22 x/menit
6. S : 36

PEMERIKSAAN HEAD TO TOE

1. Kepala: Mesochepal, rambut ikal, warna rambut hitam tidak ada lesi.
2. Mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.
3. Hidung : Bentuk simetris, tidak ada polip.
4. Telinga : Tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran normal.
5. Mulut : Mukosa bibir kering, sianosis, gigi bersih, lidah bersih.
6. Leher : Tidak tampak JVP.
7. Dada

Paru : I :simetris, Tidak tampak retraksi dinding dada.
P :tidak ada nyeri tekan
P : Sonor
A : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

Jantung I: Iktus cordis tidak tampak
P : Tidak ada nyeri tekan, iktus kordis tak tampak di ict 5 midclavicula
P : pekak
A :terdengan BJ 1 dan BJ 2

8. Abdomen : I : tidak ada lesi
A : Bising usus 18 x/menit
P :Thympani
P :Terdapat nyeri tekan
9. Integument : Kulit putih. Tidak gatal
10. Ektremitas :
Atas : pada tangan kiri terpasang infus RL 20tpm
Bawah : kekuatan otot 5|5
11. Genetalia : Perempuan. Terpasang DC
12. TFU 3 jari dibawah pusat

13. Genetalia dan Perinium

Terpasang DC, Jenis kelamin perempuan, menggunakan pembalut

R : tidak ada kemerahan

E : tidak ada edema

E : tidak ada kebiruan

D : darah

A : -

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Januari 2017

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	L 8.6	g/dL	11.7-15.5
Leukosit	H 25430	u/L	3600-11000
Hematokrit	L 26	%	35-47
Eritrosit	L 2.8	10 6/uL	3.0-5.2
Trombosit	L 136.000	fL	150.000-440.000
MCV	91.6	Pg/cell	80-100
MCH	20.8	%	26-34
MCHC	33.6	%	32-36
RDW	H 14.9	fL	11.5-14.5
MPV	H 13.3	%	9.4-12.3
Basofil	0.2	%	0-1
Eosinofil	L 0.0	%	2-4
Batang	4.6	%	3-5
Segmen	H 77.0	%	50-70
Limfosit	L 10.7	%	25-40
Monosit	7.4	%	2-8

E. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	DS : - Pasien mengatakan nyeri P : pasien mengatakan nyeri timbul Q : nyeri seperti di tusuk tusuk R : nyeri area perut S : skala 4 T : hilang timbul DO : - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak memegangi area nyeri - TD : 130/90 - N : 76 - RR : 22 - S : 36	Agen cidera fisik	Nyeri akut
2	DS : - Pasien mengatakan cemas karena anaknya akan dilahirkan secara premature DO : Pasien tampak cemas Pasien tampak sedih dan takut TD : 130/90 N : 76		Ansietas

	RR : 22 S : 36		
3	DS : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya DO : Pasien terlihat bingung ditanya tentang penyakitnya, yang membuatnya di rawat dan harus dioperasi untuk kelahiran anaknya.		

F. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	NOC	NIC
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan KH : - Tanda-tanda vital dalam batas normal. TD :130/90 mm Hg N : 76x/ menit. – Pasien tampak tenang/rileks. – Pasien mengatakan nyeri pada perut berkurang.	Manajemen nyeri (1400) 1. Monitor nyeri 2. Monitor TTV 3. Kendalikan lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidaknyamanan 4. Anjurkan untuk nafas dalam 5. Ajarkan teknik non farmakologi 6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat 7. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi
2.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam di harapkan ansietas pasien teratasi. dengan kriteria hasil : – Pasien tidak cemas lagi – Pasien sudah mengetahui tentang penyakit	1. Kaji tingkat kecemasan pasien. 2. Dorong pasien untuk istirahat total. 3. Berikan suasana yang tenang dan ajarkan keluarga untuk memberikan dukungan emosional pasien.
3.	Defisit Pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :	

G. IMPLEMETASI

Hari/Tgl	Dx	Implementasi	Respon	TTD
	1	- Kaji tanda-tanda infeksi . - Pantau keadaan umum pasien - Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi therapeutic. - Berikan lingkungan yang nyaman untuk pasien. - Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat antiseptik sesuai terapi	S : - Pasien mengatakan mengeluarkan cairan berwarna hijau dari pervagina O : - Tampak terlihat cairan berwarna kehijau hijauan	
	2	- Memonitor nyeri - Memonitor TTV - Mengendalikan lingkungan - Menggali faktor untuk menurunkan nyeri - Menganjurkan nafas dalam - Mengajarkan teknik non farmakologi - Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat - Memberikan terapi non farmakologi	S : - Pasien mengatakan nyeri P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri di perut S : skala 2 T : nyeri hilang timbul O : Pasien tampak meringis kesakitan Pasien tampak memegangi area nyeri TD : 130/90 N : 76 RR : 22 S : 36	
	3	– Pasien tidak cemas lagi – Pasien sudah mengetahui tentang penyakit - Memonitor TTV	S : Pasien mengatakan cemas karena anaknya akan dilahirkan secara premature O : Pasien terlihat takut dan cemas Tampak wajah pasien terlihat cemas	

			TD : 130/90 N : 76 RR : 22 S : 36	

ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA IBU HAMIL (PRE NATAL)
NY.S USIA 29 TAHUN G2PIA0 HAMIL ATERM (38 MINGGU)
DENGAN PRESENTASI BOKONG

A. PENGKAJIAN

I. Identitas

A. Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 29 tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medis	: G2P1A0 Hamil Aterm dengan Presentasi Bokong
Tanggal pengkajian	: 20 september 2016
Alamat	: Dukuh waluh, purwokerto

B. Identitas Penanggung jawab

Nama	: Tn. P
Umur	: 34 tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Dukuh waluh, purokerto
Hubungan dengan klien	: Suami

II. RIWAYAT KESEHATAN

A. Keluhan Utama

Klien mengeluh merasakan pusing, pegal dan kesemutan pada bagian kaki.

B. Riwayat kesehatan sekarang

Klien masuk rumah sakit pada tanggal 19 september 2016, dikaji pada tanggal 20 september 2016. Pada saat dikaji klien mengeluh pusing, pegal, kesemutan pada bagian kaki dan klien juga mengeluh cemas dan khawatir dengan proses operasi SC nanti. Keluhannya meningkat pada saat beraktivitas dan keluhannya menurun saat beristirahat atau tidur. Keluhan pegal di bagian kaki yang dirasakan klien yaitu nyeri seperti di tarik tarik dan terasa menegang dengan

skala nyeri 1 (nyeri tanpa gangguan). Klien mengatakan keluhan yang dirasakan klien hilang pada saat malam hari ketika sedang tidur.

C. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit berat

D. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa keluarganya tidak mempunyai penyakit keturunan yang berat maupun menular.

E. Riwayat Keperawatan Prenatal

1. GPA : G2P1A0
2. Riwayat penggunaan kontrasepsi

   Jenis : Pil KB

   Mulai menggunakan : klien mengatakan mulai menggunakan pil KB ± 10 tahun yag lalu.

   Terakhir menggunakan : 25 Desember 2015

   Keluhan : Tidak ada
3. Riwayat menstruasi

   Menarche : 17 tahun

   Siklus : 28 hari

   Keluhan : desminhorea

   Banyak darah : normal

   HPHT : 12 oktober 2016
4. Riwayat perkawinan

   Status perkkawinn : Kawin

   Berapa kali menikah : 1 x

   Usia pernikahan : 18 tahun

   Lama pernikahan : 11 tahun
5. Riwayat kehamilan sekarang

   Usia kehamilan : 38 minggu

   Test kehamilan : + hamil

   Keluhan atau masalah : ibu mengatakan merasakan pusing, pegal-pegal dan kesemutan pada daerah kaki.

   Mulai pergerakan anak : klien mengatakan ada pergerakan janin pada usia 25 minggu

Pemakaian obat-obatan : klien mengatakan tidak pernah menggunakan obat-obatan selain dari petugas kesehatan.

Kebiasaan (merokok/minum alkohol) : klien mengatakan tidak pernah merokok dan meminum minuman beralkohol.

Pemeriksaan kehamilan (ANC) : klien mengatan telah melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 6 kali.

Keikutsertaan pada kelas persalinan : klien mengatakan suka mengikuti penyuluhan-penyuluhan di posyandu.

Imunisasi : klien mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT 1 dan TT 2.

6. Riwayat kehamilan/persalinan dahulu :

No	Tahun	Penolong	Usia kehamilan	Lahir di	Tindakan persalinan	Kondisi bayi		
						PB	BB	Patologis
1	2002	Bidan	36 minggu	Puskesmas	Normal	49 cm	3000 gram	

III. ASPEK BIOLOGIS

Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Penampilan : klien tidak terlihat lemas

Kesadaran

- Kualitas : compos mentis
- Kuantitas : E = 4, M = 6, V = 5 GCS = 15
- Fungsi kortikal : klien dapat mengenal ruangan, tempat, waktu dan orang.

Tanda-tanda vital

- TD = 11O/80 mmHg
- P = 80 x / m
- R = 20 x / m
- S = 36,5˚C

BB sebelum hamil : 43 kg

BB sekarang : 51 kg

TB : 153 cm

2. Rambut dan kulit kepala

   Bentuk simetris, rambut dan kulit kepala klien bersih, tidak ada benjolan, tidak ada keluhan.

3. Muka

   Bentuk simetris, tidak ada edema, tidak sembab, tidak ada cloasma gravidarum.

4. Mata

   Conjungtiva anemis, sclera an-ikterik, pungsi penglihatan klien baik terbukti klien dapat membaca papan nama yang mengkaji dalam jarak ± 30 cm.

5. Hidung

   Bentuk simetris, keadaan bersih, pernafasan cuping hidung (-), fungsi penciuman baik terbukti klien dapat mencium aroma kayu putih.

6. Leher

   Tidak ada peningkatan JVP, tidak ada pembesaran KGB dan tidak ada peningkatan tyroid.

7. Dada

   Bentuk simetris, bunyi jantung reguler, tidak terdapat bunyi ronchi maupun wheezing, mamae simetris tidak ada benjolan, puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran colostrum.

8. Abdomen

   Tidak ada luka bekas operasi, bentuk abdomen simetris, lingkar perut 92 cm.

   Pemriksaan leopoid

- TFU = 29 cm
- DJJ = 142 x / menit
-
- Ballotemen

  Pada fundus teraba keras bundar melenting yang berarti kepala.

- Letak janin

  Bagian kaan teraba keras memanjang yang berarti punggung. Bagian kiri teraba bagian-bagia kecil yang berarti ekstermitas.

- Presentasi

  Bagian terbawah janin teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting yang berarti bokong.

- Masuknya presentasi

  Bokong belum masung PAP (pintu Atas Panggul)

- Linea dan striae gravidarum

  Ada linea nigra, dan striae.

- Pergerakan janin : Tidak terkaji
- HIS : Tidak terkaji

9. Genetalia

- Perdarahan : Tidak dikaji
- Kebersihan : Tidak dikaji
- Keluhan : Tidak dikaji

10. Tungkai

Tidak terdapat edema, terdapat parises, reflek patela (+).

IV. AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Nutrisi

Klien mengatakan makan dengan jenis nasi, sayura juga lauk pauk dengan frekuensi tiga kali sehari dan minum frekuensi ± 8 gelas = 2000 ml/ hari dengan jenis air putih dan air teh.

2. Istirahat/tidur

Klien mengatakan tidur siang ±1 jam dan tidur malam ± 6 jam dengan kualitas tidak nyenyak.

3. Personal Hygiene

Klien mengatakan mandi dua kali sehari, cuci rambut tiga kali seminggu, gosok gigi dua kali sehari, dan ganti pakaian 2kali sehari.

4. Eliminasi

Klien mengatakan BAB sehari satu kali dengan konsentrasi padat, warna kuning khas feces. BAK sehari ± 6 kali sehari dengan warna kuning jernih.

5. Pola aktivitas

Kegiatan dalam pekerjaan selama hamil memasuki trimester ke- III klien istirahat bekerja hanya diam dirumah,membantu memasak dan bersih-bersih rumah,olahraga jalan-jalan pagi dan ikut senam hamil 0,5 jam – 1 jam keluhan dalam aktivitas nyeri pinggang dan pusing.

V. ASPEK PSIKOLOGIS

1. Persepsi klien terhadap kehamilan

Klien merasa takut dan khawatir akan kelahirannya (operasi SC) tidak lancar dan takut anaknya terjadi apa-apa.

2. Persepsi keluarga terhadap kehamilan.

Keluarga klien merasa takut dan khawatir akan kelahiran klien terhadap prosedur invasif saat operasi SC yang akan dilakukan tidak lancar dan takut anaknya klien terjadi apa-apa.

3. Konsep diri

Klien berharap operasi SC nya lancar dan keadaan bayinya baik-baik saja.

VI. ASPEK SOSIAL

Hubungan klien dengan lingkungan rumahnya dan rumah sakit baik. Klien kooperatif dengan petugas kesehatan rumah sakit.

VII. ASPEK SPIRITUAL

Klien beragama islam. Klien menjalankan ibadah se;lama berada di rumah sakit.klien juga selalu berdoa agar proses operasi sesarnya berjalan dengan baik.

VIII. PENGETAHUAN KLIEN DAN KELUARGA TENTANG :

1. Perawatan payudara

   Klien dan keluarga klien mengatakan telah mendapatkan pengetahuan tentang perawatan payudara di rumah praktek bidan maupun posyandu.

2. Perawatan kehamilan

   Klien dan keluarga klien mengatakan telah mendapatkan pengetahuan tentang perawatan kehamilan di rumah praktek bidan maupun posyandu.

3. KB

   Klien dan keluarga klien mengatakan telah mengetahui macam-macam alat kontrasepsi (KB)

4. Persiapan persalinan

   Klien dan kelurga klien telah memahami tanda-tanda persalinan. Klien dan keluarga klien juga mengatakan siap secara mental untuk melahirkan melalui operasi SC.

IX. PEMERIKSAAN LAB DAN DIAGNOSTIK

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
	Hematologi Darah perifer lengkap			
1.	Haemoglobin	10,6	10-18	g/dl
2.	Leucosit	12,1	4,0 - 11,0	10ˆ3/ul
3.	Trombosit	213	150 - 450	10ˆ3/ul
4.	Hematokrit	33,0	31 - 55	%
5.	Eritrosit	4,38	4,76 - 6,95	10ˆ3/ul

X. THERAPY

Tidak ada therafy yang di berikan.

XI. ANALISA DATA

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	S: klien merasa khawatir dengan proses operasi SC nanti. O: Banyak bertanya gelisah,tdk konsentrasi dalam menjawab pertanyaan,riwayat persalinan caesar tidak ada, TD=110/80 mmHg	Hamil 38 minggu ↓ Prosedur invasif yang akan dilakukan ↓ cemas	cemas
2.	S: klien mengeluh sering pusing,keletihan, kaki terasa pegal dan kesemutan. O: TD=110/80 mmHg, P=80x/m, R=20x/m, S=36,5 cm, BB=51 Kg,TB= 153 cm	Hamil 38 minggu ↓ TD=110/80 mmHg ↓ Keletihan ↓ cidera	Resiko terjadinya cedera

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH

1. Cemas b.d prosedur invasif saat operasi SC yang akan dilakukan
2. Resiko terjadi cidera b.d keletihan

C. RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Ny. S Tanggal masuk RS. : 19 September 2016

Umur : 29 th

Jenis Kelamin : P Diagnosa medis :G2P1A0 H. Aterm dgn Presbo

No	Tgl/jam	No Dx. Kep.	Perencanaan		
			Tujuan	Intervensi	Rasional
1.		I	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Cemas berkurang atau hilang dengan Kriteria hasil : - Klien menjelaskan ia tidak lagi khawatir. Tidak lagi gelisah.	kaji tingkat kecemasan: ringan, sedang,berat,panik. Berikan kenyaman & ke-tentraman hati. Jelaskan tentang perawat-an hamil, persalinan, pas-ca persalinan,prognosa & prosedur yang akan dila kukan (operasi SC)	Dapat dilakukan penanganan secara cepat dan tepat. Meyakinkan klien bahwa ia benar mendapat pertolongan. Mengurangi kecemasan karena klien sudah mengerti apa yang akan dihadapi / jalani nya nanti.
2.		II	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Anjurkan klien untuk tidak melakukan aktivitas sendiri dan menghindari akti vitas yang membahayakan diri dan kandungannya.	Mencegah terjadinya cidera. Aktivitas tetap dapat dilakukan dengan resiko cidera minimal.

			diharapkan teratasi dengan Kriteria hasil : - Dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan terhadap cidera. - Dapat menerangkan cara agar tidak sampai cidera. TTV Normal	Ajarkan klien untuk melakukan aktivitas yang aman & ringan. Pantau TTV dan keluhan klien.	Kelainan menjelang proses persalinan dapat segera diketahui dan diatasi.

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. S Tanggal masuk RS. : 19 September 2016

Umur : 29 th

Jenis Kelamin : P Diagnosa medis :G2P1A0 H. Aterm dgn Presbo

No	Tgl/jam	No. Dx. Kep	Implementasi	Hasil/respon	Pelaksanaan/ paraf
1.		I	Mengkaji tingkat kecemasan: Memberikan kenyaman & ke-tentraman hati. Menjelaskan tentang perawat-an hamil, persalinan, pasca persalinan,prognosa & prosedur yang akan dila kukan (operasi SC)	Hasil : Tingkat cemas klien ringan Hasil : klien merasa nyaman dan tentram hati Respon : klien mengatakan paham terhadap tindakan yang akan dilakukan klien yaitu operasi SC	
2.		II	Menganjurkan klien untuk tidak melakukan aktivitas sendiri dan menghindari aktivitas yang membahayakan diri dan kandungannya. Mengajarkan klien untuk melakukan aktivitas yang aman & ringan. Memantau TTV dan	Hasil : klien tidak sepenuhnya melakukan aktivitas sendiri, aktivitas klien di bantu keluarganya. Klien melakukan aktivitas yang aman dan ringan. TD = 110/80 mmHg P = 80 x / menit R = 20 x / menit S = 36,5ºC Keluhan klien sedang.	

			kelihan klien		

E. CATATAN PERKEMBANGAN (EVALUASI)

Nama : Ny. S Tanggal masuk RS. : 19 September 2016

Umur : 29 th

Jenis Kelamin : P Diagnosa medis :G2P1A0 H. Aterm dgn Presbo

No	Tgl/Jam	No. Dx. Kep	Perkembangan Pasien	Pelaksana
1.		I	S: Klien mengatakan tidak lagi merasa khawatir. O: Klien tidak lagi gelisah,tenang dan tidak lagi tegang. A: Masalah teratasi P: Pertahankan intervensi	
2.		II	S: - O: Klien dapat menjelaskan faktor apa saja yang dapat menimbulkan cidera dan cara mencegah atau menghindarinya A: Masalah teratasi P: Pertahankan intervensi	

LAMPIRAN

LEMBAR KONSUL

Nama : Ardi Nur Faizal, S.Kep
NIM : A31600866
Pembimbing Lahan : Siti Suwaibah, S. Kep., Ns

No	Hari/ Tanggal/ Waktu	Keterangan	Paraf
1	3/8-22.	Bab I. acc.	
2.	8/8-22.	Bab II. acc.	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

LEMBAR KONSUL

Nama : Ardi Nur Faizal, S.Kep
NIM : A31600866
Pembimbing : Herniyatun, S. Kp., M.Kep, Sp.Kep. Mat

No	Hari/ Tanggal/ Waktu	Keterangan	Paraf
	11/2017 08	Konsul Judul, BAB 1, BAB II	
	13/2017 08	Konsul & Revisi BAB I, BAB II BAB III	
	14/2017 08	Acc BAB I, II, III, IV, V	