

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
G3P1011 USIA KEHAMILAN 25/26 MIMNGGU + PEB
DI RUANG F1 RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA



Oleh :

ALIFFAH ISTIQFARRIN, S.Kep
NIM. 193.0008

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
G3P1011 USIA KEHAMILAN 25/26 MINGGU + PEB
DI RUANG F1 RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners (Ns) di Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

ALIFFAH ISTIQFARRIN, S.Kep
NIM. 193.0008

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aliffah Istiqfarrin, S.Kep

NIM : 1930007

Tanggal Lahir : 02 Maret 1996

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Diagnosa Medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 Minggu + PEB Di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”**, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian ppernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.



HALAMAN ERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Aliffah Istiqfarrin, S.Kep

NIM : 193.0007

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Diagnosa Medis
G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 Minggu + PEB Di Ruang
F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns).

Surabaya, 24 Juli 2020

Pembimbing



Puji Hastuti S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03.010

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Aliffah Istiqfarrin, S.Kep

NIM : 193.0007

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

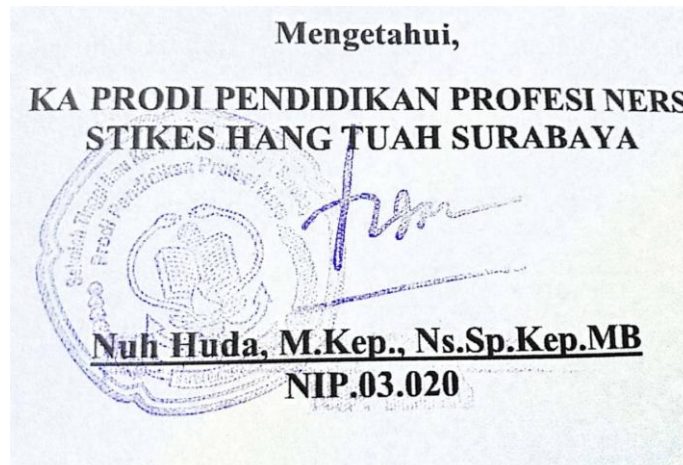
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Diagnosa Medis
G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 Minggu + PEB Di Ruang
F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji kaeya ilmiah akhir Di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “PROFESI NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes
Hang Tuah Suarabaya.

Penguji I : **Puji Hastuti S.Kep., Ns., M.Kep**
NIP.03.010



Penguji II : **Iis Fatimawati.,S.Kep.,Ns.,M.Kes**
NIP. 03.067



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan atas kehendak dan ridho Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan segala hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Diagnosa Medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 Minggu + PEB Di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” pada waktu yang telah ditentukan.

Penyusunan karya ilmiah akhir ini digunakan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari para pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis perkenankan menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat:

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala Rumiktal Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Lestyningrum, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Profesi Ners
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku Kepala Program studi pendidikan profesi ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Puji Hastuti S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, kritik serta saran demi kelancaran dan kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Iis F., S.Kep., Ns., M.Kes sebagai penguji terimakasih atas segala arahnya dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Orang tua yang saya sayangi yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
7. Seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bimbingan dan bantuan dalam kelancaran selama proses menuntut ilmu di program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
8. Teman-teman seperjuangan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan memahami dalam pembuatan skripsi ini.
9. Serta semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu-persatu atas dukungan dan bantuan yang telah diberikan.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari Karya Ilmiah Akhir ini jauh dari kata sempurna. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 24 Juli 2020

(Aliffah Istiqfarrin)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat penulisan	5
1.5 Metode Penelitian.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit Preeklampsia	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Klasifikasi	12
2.1.4 Patofisiologi	13
2.1.5 Manifestasi Klinis	16
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	17
2.1.7 Penatalaksanaan	18
2.1.8 Komplikasi	22
2.1.9 WOC	24
2.2 Konsep Teori Asuhan Keperawatan.....	25
2.2.1 Pengkajian	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	28
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	29
2.2.4 Implementasi Keperawatan	33
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	33
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	35
3.1 Pengkajian	35
3.1.1 Identitas	35
3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini	35
3.1.3 Riwayat Keperawatan	37
3.2 Analisa Data	46
3.3 Intervensi Keperawatan.....	48
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	53
BAB 4 PEMBAHASAN	61
4.1 Pengkajian	61
4.2 Diagnosa Kepeatawan	63
4.3 Intervensi Keperawatan.....	67
4.4 Implementasi Keperawatan	69
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	78

BAB 5 PENUTUP	80
5.1 Simpulan	80
5.2 Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN	86

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel Konsep Intervensi Keperawatan	29
Tabel 3.1	Tabel Pemeriksaan Laboratorium	43
Tabel 3.1	Tabel Terapi Obat	44
Tabel 3.3	Tabel Analisa Data	46
Tabel 3.4	Tabel Prioritas Masalah	47
Tabel 3.5	Tabel Intervensi Keperawatan	48
Tabel 3.6	Tabel Implementasi dan Evaluasi	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SAP Preeklampsia Pada Kehamilan	86
Lampiran 2	SOP Relaksasi Nafas Dalam.....	107
Lampiran 3	<i>Curriculum Vitae</i>	108
lampiran 4	Motto dan Persembahan.....	109

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
CRT	: <i>Capillary Refil Time</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
Fe	: Ferum (zat besi)
Hb	: <i>Haemoglobin</i>
HbsAg	: Antigen Hepatitis B
HCG	: <i>Human Chronic Gonadotropine</i>
HELLP	: Hemolisis; Elevated Liver Enzim; Low Platelets Count
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IM	: <i>Intra Muscular</i>
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IU	: <i>International Unit</i>
IUFD	: <i>Intrauterine Fetal Death</i>
IUGR	: <i>Intrauterine Growth Retardation</i>
KG	: Kilogram
KU	: Keadaan Umum
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
MmHg	: Milimeter Hydrargyrum
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PEB	: Preeklampsia Berat
RDS	: <i>Respiratory Distress Syndrome</i>
ROT	: <i>Roll Over Test</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Taksiran Persalinan
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Preeklamsia adalah gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, edema dan proteinuria ≥ 300 mg protein dalam urine 24 jam tetapi tidak menunjukkan tanda – tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih (Icemi, S & Wahyu P. 2013). Tidak berbeda menurut Icemi, S & Wahyu P. (2013), mendefinisikan bahwa preeklamsia (toksemia gravidarum) adalah tekanan darah tinggi yang disertai dengan proteinuria (protein dalam urin) atau adanya penimbunan cairan, yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Icemi, S & Wahyu P. 2013). Salah satu penyulit dalam kehamilan adalah preeklamsia yang menyebabkan sakit berat, kecacatan jangka panjang, serta kematian pada ibu, janin dan neonatus (Bastani, 2008).

Menurut World Health Organization (WHO) secara global kematian ibu di dunia adalah sebesar 295.000 pada tahun 2017. Sub-Sahara Afrika menyumbang 62% (179.000) dari kematian global diikuti Asia Selatan 24% (69.000). Di tingkat negara, dua negara yang menyumbang sepertiga dari kematian ibu adalah India 17% (50.000) dan Nigeria 14% (40.000) (WHO, 2018). Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia termasuk salah satu yang tertinggi di Asia. Di Indonesia angka kematian ibu tahun 2016 masih tinggi yaitu 305/100.000 persalinan hidup sangat jauh dari target sustainable development goals (SDG's) tahun 2015 yaitu angka kematian ibu 102/100.000 kelahiran hidup (RI, 2016). Di Indonesia angka

kematian ibu masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematiannya yaitu perdarahan sebesar 30,13%, preeklamsia 27,1%, dan infeksi sebesar 7,3% (RI,2016). *Preeclampsia* di negara berkembang didiagnosis (3 – 5%) dan di dunia di diagnosis (7.5%). AKI di Jawa Timur pada tahun 2016 mencapai 91,00 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih rendah dari target provinsi yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Data Dinkes Propinsi Jawa Timur Tahun 2017 AKI menunjukkan tiga penyebab tertinggi kematian ibu yaitu 29,11% atau 154 orang. Preeklamsia/ eklamsia sebesar 28,92% atau sebanyak 153 orang dan perdarahan yaitu 26,28 atau sebanyak 139 orang (Dinkes, Jatim 2018). *Preeclampsia* dan *eclampsia* masih merupakan salah satu penyebab utama kematian maternal dan perinatal di Indonesia khususnya Surabaya. Data dari RSUD Dr Soetomo kejadian PE/E di Jawa Timur mencapai 114/100.000 kehamilan, dan 60% dari data tersebut terjadi di Surabaya. Penurunan AKI memerlukan berbagai upaya-upaya kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas.

Preeklamsia adalah sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel (Angsar, 2010). Penyebab dari preeklamsia dan eklamsia masih belum diketahui secara jelas. Dampak preeklamsia-eklamsia pada janin dapat mengakibatkan berat badan lahir rendah akibat spasme arteriol spinalis deciduas menurunkan aliran darah ke plasenta, yang mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Kerusakan plasenta ringan dapat menyebabkan hipoksia janin, keterbatasan pertumbuhan intrauterine (IUGR), dan jika kerusakan makin parah maka dapat berakibat prematuritas, dismaturitas dan IUFD atau kematian janin dalam kandungan. Dampak preeklamsia-eklamsia pada ibu yaitu solusio

plasenta, abruption plasenta, hipofibrinogemia, hemolisis, perdarahan otak, kerusakan pembuluh kapiler mata hingga kebutaan, edema paru, nekrosis hati, kerusakan jantung, sindrom HELLP, kelainan ginjal. Komplikasi terberat terjadinya preeklamsia-eklamsia adalah kematian ibu (Devi dan Fiki 2015).

WHO sudah menetapkan standar dalam melakukan *antenatal care*, minimal 4 kali selama kehamilan. Untuk melihat jumlah ibu hamil yang sudah melakukan *antenatal care* yaitu dari hasil pencapaian indikator cakupan pelayanan K 1 dan K 4. K 1 adalah kunjungan pertama ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan *antenatal care* yang dilakukan pada trimester pertama kehamilan. Sedangkan K 4 adalah kunjungan ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan *antenatal care* minimal 4 kali, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga (Depkes (2008), dalam Arihata, 2013). Pemeriksaan kehamilan sangat penting dilakukan oleh semua ibu hamil untuk mengetahui pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Apabila ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan *antenatal care* sesuai jadwal, kemungkinan komplikasi-komplikasi kehamilan tidak dapat terdeteksi, seperti kejadian *preeclampsia*.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun Laporan Kasus sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Profesi Keperawatan dengan mengambil kasus berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Ny. A G3P1011 + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pasien Ny. A dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny. A G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
7. Menganalisis kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini di harapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Secara Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4.2 Secara Praktisi

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menambah dan menjadi masukan dan pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien PEB

2. Bagi peneliti

Hasil dari asuhan keperawatan ini dapat menjadi salah satu masukan dan menambah pengetahuan, yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien PEB

3. Bagi profesi kesehatan

Untuk menambah ilmu pengetahuan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien PEB

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis

2. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap Ibu yg diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien langsung.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan PEB

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pasien Preeklampsia. Konsep penyakit akan diuraikan pengertian, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan dijabarkan masalah-masalah yang muncul pada penyakit pasien Preeklampsia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 KONSEP PREEKLAMPSIA

2.1.1 PENGERTIAN PREEKLAMPSIA

Preeclampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Langelo *et al*, 2012).

Preeclampsia dan *eclampsia* merupakan penyakit hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema dan proteinuria setelah minggu ke 20 dan jika disertai kejang disebut *eclampsia*. (Nuryani *et al*, 2012).

Preeklampsia diketahui dengan adanya tanda-tanda seperti *hipertensi*, *proteinuria*, dan *oedem* pada ibu hamil. *Preeklampsia* timbul sesudah minggu ke 20 dan paling sering terjadi pada *primigravida* muda. *Eklampsia* adalah penyakit akut dengan kejang dan koma pada wanita hamil dan wanita nifas disertai dengan *hipertensi*, *proteinuria* dan *oedem* (Purwoastuti & Walyani, 2013).

Preeclampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya

inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis *preeclampsia* ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2014).

Preeklampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam disebut sebagai preeklampsia berat. Preeklampsia berat adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa (Maryunani, 2016).

2.1.2 ETIOLOGI PREECLAMPSIA

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui, namun terdapat beberapa faktor risiko untuk terjadinya preeklampsia antara lain:

1. Primigravida

Primigravida diartikan sebagai wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Preeklampsia tidak jarang dikatakan sebagai penyakit primagravida karena memang lebih banyak terjadi pada primigravida daripada multigravida. Primigravida mempunyai risiko lebih tinggi menderita preeklampsi (Sinclair, 2010). Preeklampsi dipengaruhi oleh gravida, wanita primigravida mempunyai risiko yang lebih besar sekitar 7-10% jika dibandingkan dengan multigravida (Leveno, 2010). Preeklampsi lebih sering dijumpai pada primigravida karena keadaan patologis telah terjadi sejak impantansi,

sehingga timbul iskemia plasenta yang kemudian dengan sindroma inflamasi (Triana, 2015).

2. Primipaternitas

Primipaternitas adalah kehamilan anak pertama dengan suami yang kedua. Berdasarkan teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin dinyatakan bahwa ibu multipara yang menikah lagi mempunyai risiko lebih besar untuk terjadinya preeklampsia jika dibandingkan dengan suami yang sebelumnya.

3. Umur yang ekstrim

Kejadian preeklampsia berdasarkan usia banyak ditemukan pada kelompok usia ibu yang ekstrim yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun (Bobak, 2012). Menurut Potter (2005), tekanan darah meningkat seiring dengan penambahan usia sehingga pada usia 35 tahun atau lebih terjadi peningkatan risiko preeklampsia.

4. Hiperplasentosis

Hiperplasentosis ini misalnya terjadi pada mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes mellitus, hidrops fetalis, dan bayi besar.

5. Riwayat pernah mengalami preeklampsia

Wanita dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya memiliki risiko 5 sampai 8 kali untuk mengalami preeklampsia lagi pada kehamilan keduanya. Sebaliknya, wanita dengan preeklampsia pada kehamilan keduanya, maka bila ditelusuri ke belakang ia memiliki 7 kali risiko lebih besar untuk memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya bila dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami preeklampsia di kehamilannya yang kedua.

6. Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia

Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia akan meningkatkan risiko sebesar 3 kali lipat bagi ibu hamil. Wanita dengan preeklampsia berat cenderung memiliki ibu dengan riwayat preeklampsia pada kehamilannya terdahulu.

7. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil

Pada penelitian yang dilakukan oleh Davies dkk dengan menggunakan desain penelitian *case control study* dikemukakan bahwa pada populasi yang diselidikinya wanita dengan hipertensi kronik memiliki jumlah yang lebih banyak untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat penyakit ini.

8. Obesitas

Obesitas merupakan suatu penyakit multifaktorial yang terjadi akibat akumulasi jaringan lemak berlebihan sehingga dapat mengganggu kesehatan. Indikator yang paling sering digunakan untuk menentukan berat badan lebih dan obesitas pada orang dewasa adalah indeks massa tubuh (IMT). Seseorang dikatakan obesitas bila memiliki $IMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$. Obesitas merupakan faktor risiko yang telah banyak diteliti terhadap terjadinya preeklampsia. Obesitas memicu kejadian preeklampsia melalui beberapa mekanisme, yaitu berupa superimposed preeclampsia, maupun melalui pemicu-pemicu metabolit maupun molekul-molekul mikro lainnya. Risiko preeklampsia meningkat sebesar 2 kali lipat setiap peningkatan berat badan sebesar 5-7 kg/m^2 selain itu ditemukan adanya peningkatan risiko preeklampsia dengan adanya peningkatan IMT. Wanita dengan $IMT > 35$

sebelum kehamilan memiliki risiko empat kali lipat mengalami preeklampsia dibandingkan dengan wanita dengan IMT 19-27 (Wafiyatunisa dan Rodiani, 2016).

2.1.3 KLASIFIKASI PREECLAMPSIA

Menurut Nita dan Mustika (2013) Preeklampsia digolongkan ke dalam preeklampsia ringan dan preeklampsia berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut:

1. Preeklampsia Ringan:

Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas.

Tanda-tanda preeklampsia ringan :

- a. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, yaitu kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
- b. Edema umum, kaki, jari, tangan, dan wajah atau kenaikan BB 1 kg atau lebih per minggu.
- c. Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter / midstream.

2. Preeklampsia Berat

Pre-eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria

dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Preeklampsia dikatakan berat apabila ditemukan satu atau lebih tanda-tanda di bawah ini:

- a. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih.
- b. Proteinuria 5 gram atau lebih per liter.
- c. Oiguria jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam.
- d. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa
- e. Nyeri di epigastrium.
- f. Ada edema paru dan sianosis

2.1.4 PATOFISIOLOGI PREECLAMPSIA

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme yang hebat pada arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui satu sel darah merah. Jadi, jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah dengan sendirinya akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat tercukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, ada yang mengatakan di sebabkan oleh retensi air dan garam. Proteinuria mungkin disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus belum diketahui sebabnya, ada yang mengatakan di sebabkan oleh retensi air dan garam. Proteinuria mungkin disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Mitayani, 2011).

Berdasarkan perjalanan penyakit teori 2 tahap, preeklampsia dibagi

menjadi 2 tahap penyakit tergantung gejala yang timbul. Tahap pertama bersifat asimtomatik (tanpa gejala), dengan karakteristik perkembangan abnormal plasenta pada trimester pertama. Perkembangan abnormal plasenta terutama proses angiogenesis mengakibatkan insufisiensi plasenta dan terlepasnya material plasenta memasuki sirkulasi ibu. Terlepasnya material plasenta memicu gambaran klinis tahap 2, yaitu tahap simtomatik (timbul gejala). Pada tahap ini berkembang gejala hipertensi, gangguan renal, dan proteinuria, serta potensi terjadinya sindrom HELLP, eklamsia dan kerusakan end organ lainnya. Sindroma HELLP adalah pre eklamsia dan eklamsia yang disertai dengan adanya hemolisis, peningkatan enzim hepar, disfungsi hepar dan trombositopenia. (H = Hemolisis; EL = Elevated Liver Enzim; LP = Low Platelets Count).

Pada preeklamsi terdapat penurunan plasma dalam sirkulasi dan terjadi peningkatan hematokrit, dimana perubahan pokok pada preeklamsi yaitu mengalami spasme pembuluh darah perlu adanya kompensasi hipertensi (suatu usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan tercukupi). Dengan adanya spasme pembuluh darah menyebabkan perubahan-perubahan ke organ antara lain :

1. Otak

Mengalami resistensi pembuluh darah ke otak meningkat akan terjadi oedema yang menyebabkan kelainan cerebal bisa menimbulkan pusing dan CVA ,serta kelainan visus pada mata.

2. Ginjal.

Terjadi spasme arteriole glomerulus yang menyebabkan aliran darah ke ginjal berkurang maka terjadi filtrasi glomerulus negatif , dimana filtrasi natrium lewat glomerulus mengalami penurunan sampai dengan 50 % dari normal yang mengakibatkan retensi garam dan air , sehingga terjadi oliguri dan oedema.

3. URI

Dimana aliran darah plasenta menurun yang menyebabkan gangguan plasenta maka akan terjadi IUGR, oksigenisasi berkurang sehingga akan terjadi gangguan pertumbuhan janin, gawat janin , serta kematian janin dalam kandungan.

4. Rahim

Tonus otot rahim peka rangsang terjadi peningkatan yang akan menyebabkan partus prematur.

5. Paru

Dekompensi cordis yang akan menyebabkan oedema paru sehingga oksigenasi terganggu dan cyanosis maka akan terjadi gangguan pola nafas. Juga mengalami aspirasi paru / abses paru yang bisa menyebabkan kematian .

6. Hepar

Penurunan perfusi ke hati dapat mengakibatkan oedema hati , dan subskapular sehingga sering menyebabkan nyeri epigastrium, serta ikterus (Wahdi, 2009).

2.1.5 MANIFESTASI KLINIS PREECLAMPSIA

Gejala preeklampsia (Maryunani, 2016):

Dua gejala yang sangat penting pada pre-eklampsia yaitu hipertensi dan proteinuria yang biasanya seperti :

1. Kenaikan berat badan dan edema :
 - a. Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklampsia dan bahkan kenaikan berat badan yang berlebihan merupakan tanda pertama preeklampsia pada sebagian wanita.
 - b. Peningkatan berat badan terutama disebabkan karena retensi cairan dan selalu dapat ditemukan sebelum timbul gejala edema yang terlihat jelas, seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan dan kaki yang membesar.
2. Hipertensi
 - a. Peningkatan tekanan darah merupakan tanda awal yang penting pada pre-eklampsia.
 - b. Tekanan diastolic merupakan tanda prognostic yang lebih andal dibandingkan dengan tekanan sistolik.
 - c. Tekanan diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih yang terjadi terus-menerus menunjukkan keadaan abnormal.
3. Proteinuria
 - a. Pada preeklampsia ringan, proteinuria hanya minimal dan positif satu, positif dua tidak sama sekali.
 - b. Pada kasus berat, proteinuria dapat ditemukan dan mencapai 10 g/dl.

- c. Proteinuria hampir selalu timbul kemudian dibandingkan hipertensi dan kenaikan berat badan.
4. Gejala-gejala subyektif:
- a. Nyeri kepala.
 - b. Nyeri epigastrium:
Merupakan keluhan yang paling sering ditemukan pada preeklampsian berat. Keluhan ini disebabkan karena tekanan pada kapsula hepar akibat edema atau perdarahan.

5. Gangguan penglihatan.

Penglihatan mejadi kabur, sampai menyebabkan kebutaan. Hal ini disebabkan karena penyempitan pada pembuluh darah dan edema pada retina (Wibowo, dkk 2015).

Tanda-tanda Pre-Eklampsi biasanya timbul dalam urutan penambahan berat badan yang berlebihan, di ikuti oedema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada Pre-Eklampsi ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif, pada Pre- Eklampsi ditemukan sakit kepala di daerah frontal, skotoma, diploma, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual dan muntah-muntah (Marmi, *et al*, 2011).

2.1.6 PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah
 - 1) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)
 - 2) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37 – 43 vol%)

3) Trombosit menurun (nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm³)

b. Urinalisis

Ditemukan protein dalam urine.

c. Pemeriksaan Fungsi hati

1) Bilirubin meningkat (N= < 1 mg/dl)

2) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat

3) Aspartat aminomtransferase (AST) > 60 ul.

4) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N= 15-45 u/ml)

5) Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat (N= <31 u/l)

6) Total protein serum menurun (N= 6,7-8,7 g/dl)

d. Tes kimia darah

Asam urat meningkat (N= 2,4-2,7 mg/dl)

2. Radiologi

a. Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit. Pada gestasi minggu ke 20 sampai ke 26 dan diulang 6–10 minggu kemudian, menentukan usia gestasi dan mendeteksi retardasi pertumbuhan intrauterus (IUGR).

b. Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin bayi lemah

2.1.7 PENATALAKSANAAN PREECLAMPSIA

1. Pre-eklamsi berat kehamilan kurang dari 37 minggu
 - a. Janin belum menunjukkan tanda-tanda maturitas paru-paru, dengan pemeriksaan shake dan rasio L/S maka penanganannya adalah sebagai berikut :

Berikan suntikan sulfat magnesium dosis 8gr IM, kemudian disusul dengan injeksi tambahan 4 gr Im setiap 4 jam(selama tidak ada kontra dindikasi), Jika ada perbaikan jalannya penyakit, pemberian sulfas magnesium dapat diteruskan lagi selama 24 jam sampai dicapai kriteria pre-eklamsia ringan (kecuali jika ada kontraindikasi), Selanjutnya penimbangan berat badan seperti pre-eklamsi ringan sambil mengawasi timbul lagi gejala., Jika dengan terapi diatas tidak ada perbaikan dilakukan terminasi kehamilan: induksi partus atau cara tindakan lain, melihat keadaan.
 - b. Jika pada pemeriksaan telah dijumpai tanda-tanda kematangan paru janin, maka penatalaksan kasus sama seperti pada kehamilan di atas 37 minggu.
2. Pre-eklamsi berat kehamilan lebih dari 37 minggu
 - a. Antihipertensi diberikan bila :
 - 1) Desakan darah sistolis lebih 180 mmHg, diastolis lebih 110 mmHg atau MAP lebih 125 mmHg. Sasaran pengobatan adalah tekanan diastolis kurang 105 mmHg (bukan kurang 90 mmHg) karena akan menurunkan perfusi plasenta.

- 2) Dosis antihipertensi sama dengan dosis antihipertensi pada umumnya.
- 3) Bila dibutuhkan penurunan tekanan darah secepatnya, dapat diberikan obat-obat antihipertensi parenteral (tetesan kontinyu), catapres injeksi. Dosis yang biasa dipakai 5 ampul dalam 500 cc cairan infus atau press disesuaikan dengan tekanan darah.
- 4) Bila tidak tersedia antihipertensi parenteral dapat diberikan tablet antihipertensi secara sublingual diulang selang 1 jam, maksimal 4-5 kali. Bersama dengan awal pemberian sublingual maka obat yang sama mulai diberikan secara oral.

b. Kardiotonika

Indikasinya bila ada tanda-tanda menjurus payah jantung, diberikan digitalisasi cepat dengan cedilanid D.

c. Pemberian Magnesium Sulfat. Cara pemberian magnesium sulfat :

- 1) Dosis awal sekitar 4 gr MgSO₄ IV (20% dalam 20 cc) selama 1 gr/menit kemasan 20% dalam 25 cc larutan MgSO₄ (dalam 3-5 menit). Diikuti segera 4 gr di bokong kiri dan 4 gr di bokong kanan (40% dalam 10 cc) dengan jarum no 21 panjang 3,7 cm. Untuk mengurangi nyeri dapat diberikan 1 cc xylocain 2% yang tidak mengandung adrenalin pada suntikan IM.
- 2) Dosis ulangan : diberikan 4 gram intramuskuler 40% setelah 6 jam pemberian dosis awal lalu dosis ulangan diberikan 4 gram IM setiap 6 jam dimana pemberian MgSO₄ tidak melebihi 2-3 hari.
- 3) Syarat-syarat pemberian MgSO₄

- a) Tersedia antidotum MgSO₄ yaitu calcium gluconas 10%, 1 gram (10% dalam 10 cc) diberikan intravenous dalam 3 menit.
 - b) Refleks patella positif kuat.
 - c) Frekuensi pernapasan lebih 16 kali per menit.
 - d) Produksi urin lebih 100 cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5 cc/kgBB/jam).
- 4) Magnesium dihentikan bila :
- a) Ada tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, refleks fisiologis menurun, fungsi jantung terganggu, depresi SSP, kelumpuhan dan selanjutnya dapat menyebabkan kematian karena kelumpuhan otot-otot pernapasan karena ada serum 10 U magnesium pada dosis adekuat adalah 4-7 mEq/liter. Refleks fisiologis menghilang pada kadar 8-10 mEq/liter. Kadar 12-15 mEq terjadi kelumpuhan otot-otot pernapasan dan lebih 15 mEq/liter terjadi kematian jantung.
 - b) Bila timbul tanda-tanda keracunan magnesium sulfat, hentikan pemberian magnesium sulfat :
 - Berikan calcium gluconase 10% 1 gram (10% dalam 10 cc)
 - secara IV dalam waktu 3 menit.
 - Berikan oksigen.
 - Lakukan pernapasan buatan.
 - c) Magnesium sulfat dihentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normotensif).

2.1.8 KOMPLIKASI

Rukiyah dan Yulianti (2010) mengatakan bahwa komplikasi yang terberat ialah kematian ibu dan janin. Usaha utama ialah melahirkan bayi hidup dari ibu yang menderita preeklampsia dan eklampsia.

1. Solusio plasenta. Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada preeklampsia
2. Hipofibrinogenemia
3. Hemolisis. Penderita dengan preeklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus.
4. Perdarahan otak. Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia
5. Kelainan mata. Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung sampai seminggu, dapat terjadi
6. Edema paru-paru
7. Nekrosis hati. Nekrosis periportal hati pada preeklampsia eklampsia merupakan akibat vasospasmus arteriol umum. Kelainan diduga khas untuk eklampsia, tetapi ternyata juga ditemukan pada penyakit lain.
8. Sindroma HELLP, yaitu hemolisis, elevated liver enzymes, dan low platelet
9. Kelainan ginjal. Kelainan ini berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitoplasma sel endotel tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya
10. Komplikasi lain. Lidah tergigit, trauma dan fraktura karena jatuh akibat kejang-kejang pneumonia aspirasi, dan DIC
11. Prematuritas, dismaturitas, dan kematian janin intrauterine

Marmi, dkk (2012) mengatakan bahwa bahaya eklampsia yaitu bahaya bagi ibu dan janin:

1. Bagi ibu

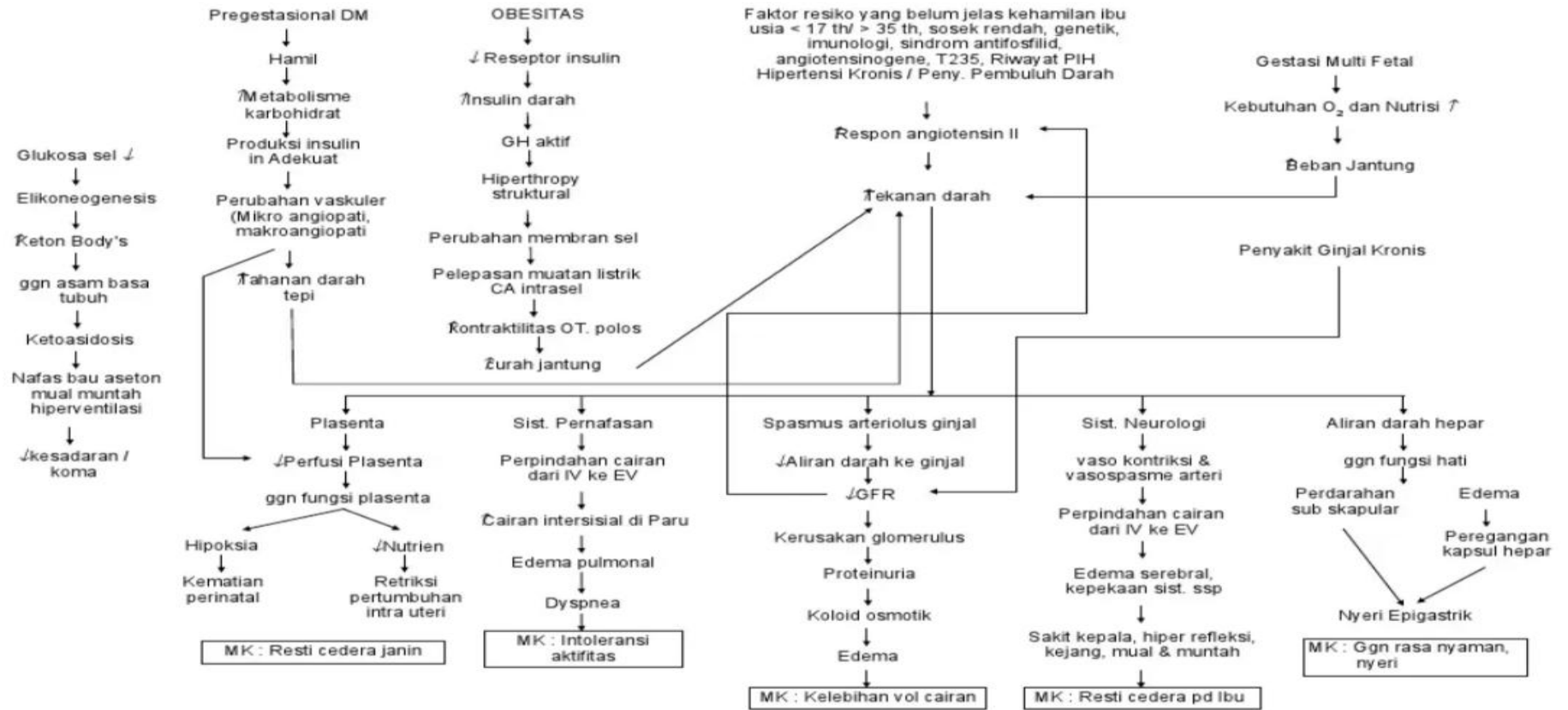
Perbedaan konvulsi dan kelelahan, jika frekuensi berulang hati gagal berkembang. Jika kenaikan hipertensi banyak, pada ibu dapat terjadi cerebral hemorrhage. Pasien dengan edema dan oliguria perkembangan paru-paru dapat bengkak atau gagal ginjal. Inhalasi darah atau mucus dapat menunjukkan asfiksia atau pneumonia. Dapat terjadi kegagalan hepar. Dari komplikasi-komplikasi ini dapat terjadi kefatalan.

Terjadnya kematian maternal. Kematian maternal yaitu acute vascular accident, kerusakan pusat vital pada medula oblongata, trauma akibat konvulsi, perdarahan pasca partum atau perdarahan solusio plasenta, dan kegagalan total organ vital (kegagalan fungsi liver, kegagalan fungsi ginjal, dekompensasi kordis akut/ cardiac arrest, kematian perinatal janin intrauteri).

2. Bagi janin pada preeklampsia antenatal, janin dapat terpengaruh dengan ketidakutuhan plasenta. Ini menunjukkan retardasi pertumbuhan intrauterine dan hipoksia. Selama sehat ketika ibu berhenti bernafas supply oksigen ke janin terganggu, selanjutnya berkurang.

Kematian perinatal janin intrauteri terdiri dari akibat solusio plasenta, asfiksi berat intrauteri akibat vasokonstriksi berat, bila hasil konsepsi tetap hidup dapat terjadi berat badan lahir rendah dan intrauterine growth retardation (IUGR).

2.1.9 WOC



Gambar 2.1 Way Of Caution Preeklampsia (Mardian, Ponia. 2015)

2.2 KONSEP TEORI ASUHAN KEPERAWATAN PREECLAMPSIA

2.2.1 PENGKAJIAN

1. Pengkajian Data Subjektif

Data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya (Suryati, 2011). Jenis data pengkajian yang dikumpulkan pada pasien dengan kasus preeklampsia dalam kehamilan meliputi :

b. Identitas umum ibu, meliputi : nama, tempat tanggal lahir/umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, dan alamat rumah. Ibu dan suami digunakan untuk membedakan antar klien yang satu dengan yang lain (Marmi, 2012). Usia reproduksi sehat untuk menjalani kehamilan adalah antara 20 sampai 35 tahun. Sedangkan puncak kesuburan adalah pada usia 20 hingga 29 tahun. Risiko kehamilan pada perempuan berusia kurang dari 20 tahun adalah keguguran pada usia muda, persalinan prematur, cacat bawaan, anemia kehamilan, persalinan yang lama dan sulit dan kematian ibu. Sedangkan risiko kehamilan pada perempuan berusia lebih dari 35 tahun adalah peluang terjadinya perkembangan janin tidak normal, plasenta previa, solusio plasenta, hipertensi (preeklampsia) , perdarahan akibat jaringan rongga dan otot panggul yang melemah (Wiknjosastro, 2011).

c. Data riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang : ibu mengalami : sakit kepala di daerah frontal, terasa sakit di ulu hati/nyeri epigastrium, penglihatan kabur, mual muntah, anoreksia.

- 2) Riwayat kesehatan dahulu : kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi pada kehamilan sebelumnya, kemungkinan ibu mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia pada kehamilan terdahulu, biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas, DM.
 - 3) Riwayat kesehatan keluarga : kemungkinan mempunyai riwayat kehamilan dengan hipertensi dalam keluarga.
 - 4) Riwayat obstetric : biasanya preeklamsia pada kehamilan paling sering terjadi pada ibu hamil primigravida, kehamilan ganda, hidramnion(kelebihan cairan ketuban) , dan molahidatidosa (hamil anggur) dan semakin tuanya usia kehamilan.
- d. Pola nutrisi : jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan.
 - e. Psiko social spiritual : emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan kecemasan, oleh karenanya perlu kesiapan moral untuk menghadapi resikonya.

2. Pengkajian Data Objektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik terhadap klien (Ari Sulistyowati, 2011).

- a. Keadaan umum : biasanya ibu hamil dengan preeklamsia akan mengalami kelelahan
- b. TD : ibu hamil ditemukan dengan darah sistol diatas 140 mmHg dan diastole diatas 90 mmHg.
- c. Nadi : ibu hamil dengan preeklamsia ditemukan nadi yang meningkat.

- d. Nafas : ibu hamil dengan preeklamsia akan ditemukan nafas pendek, terdengar nafas berisik dan ngorok
- e. Suhu : ibu hamil dengan preeklamsia dalam kehamilan biasanya tidak ada gangguan pada suhu.
- f. BB : akan terjadi peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg/minggu atau sebanyak 3 kg dalam 1 bulan.
- g. Kepala : ditemukan kepala yang berketombe dan kurang bersih dan pada ibu hamil dengan preeklamsia akan mengalami sakit kepala
 - 1) Wajah : ibu hamil yang mengalami preeklamsia wajah tampak edema
 - 2) Mata : ibu hamil dengan preeklamsia akan ditemukan konjungtiva anemis, dan penglihatan kabur
 - 3) Bibir : mukosa bibir lembab
 - 4) Mulut : Terjadi pembengkakan vaskuler pada gusi menjadi hiperemik dan lunak, sehingga gusi bisa mengalami pembengkakan dan pendarahan
 - 5) Leher : biasanya akan ditemukan pembesaran pada kelenjar tiroid
- h. Thorax
 - 1) Paru – paru : akan terjadi peningkatan respirasi, edema paru dan nafas pendek
 - 2) Jantung : terjadi adanya dekomposisi jantung
 - 3) Payudara : biasanya akan ditemukan payudara membesar, lebih padat dan lebih keras, puting menonjol, areola menghitam dan

membesar dari 3 cm menjadi 5 cm sampai 6 cm, permukaan pembuluh darah menjadi terlihat

- i. Abdomen : ditemukan nyeri pada epigastrium dan terjadi mual muntah
- j. Pemeriksaan janin : bunyi jantung tidak teratur dan gerakan janin melemah
- k. Ektremitas : adanya edema pada kaki dan juga pada jari –jari
- l. System persyarafan : ditemukan hiperfleksia klonus pada kaki
- m. Genitourinaria : biasanya didapatkan oliguria dan proteinuria.

2.2.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (SDKI, 2017).

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif b/d Peningkatan tekanan darah
2. Hipervolemia b/d Gangguan mekanisme regulasi
3. Pola Nafas Tidak Efektif b/d obesitas
4. Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan
5. Defisit Nutrisi b/d faktor biologis (mual, muntah berlebihan)
6. Nyeri akut b/d menghebatnya aktivitas uterus, ketidaknyamanan berkenaan dengan hipertensi atau infus oksitosin; hipoksia miometrik (abrupsi plasenta) dan ansietas.
7. Resiko syok hipovolemik b/d tidak adekuatnya system sirkulasi (akut) sekunder terhadap perdarahan & kekurangan cairan.

2.2.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

2.1 Tabel Konsep Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b/d Peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tekanan darah sistolik membaik. 2) Tekanan darah diastolik membaik. 3) Tekanan arteri rata-rata	1. Awasi tanda vital, kaji pengisian kapiler, warna kulit atau membran mukosa dan dasar kuku 2. Kaji respon verbal melambat, mudah terangsang, agitasi, gangguan memori, bingung 3. Catat keluhan rasa dingin. Pertahankan suhu lingkungan dan tubuh hangat sesuai indikasi 4. Kolaborasi pemberian produk darah sesuai indikasi. Awasi ketat untuk komplikasi transfusi 5. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi	1. Memberikan informasi tentang derajat/keadekuatan perfusi jaringan dan membantu menentukan kebutuhan intervensi 2. Dapat mengindikasikan gangguan fungsi serebral karena hipoksia atau defisiensi vitamin B12 3. Fase konstiksi (organ vital) menurunkan sirkulasi perifer. Kenyamanan pasien atau kebutuhan rasa hangat harus seimbang dengan kebutuhan untuk menghindari panas berlebihan pencetus vasodilatasi (penurunan perfusi organ) 4. Meningkatkan jumlah sel pembawa oksigen ; memperbaiki defisiensi untuk menurunkan risiko perdarahan. 5. Memaksimalkan transfer oksigen ke jaringan.
2.	Hipervolemia b/d	Setelah dilakukan tindakan	1. Periksa tanda dan gejala	1. Mengetahui tanda dan gejala

	Gangguan mekanisme regulasi	<p>keperawatan selama 3x24 jam di harapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Asupan cairan meningkat. 2) Keluaran urin meningkat 3) Dehidrasi menurun 4) Tekanan darah membaik 	<p>hypervolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi penyebab hypervolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama. 5. Bataasi asupan cairan dan garam 6. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari 	<p>hypervolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Untuk mengetahui intake dan output cairan 4. Untuk mengetahui kenaikan dan penurunan berat badan 5. Agar asupan cairan dan gram yg di konsumsi seimbang. 6. Untuk memantau kelebihan volume cairan.
4.	Ansietas b/d Krisis situasional; kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan cemas pasien berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak tenang 2) Pasien tidak gelisah 3) Menunjukkan kemampuan untuk menghadapi masalah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan hubungan yang sering denngan pasien. Berbicara dan berhubungan dengan pasien 2. Berikan informasi akurat dan konsisten mengenai prognosis.hindari argumentasi mengenai persepsi pasien terhadap situasi tersebut 3. Berikan lingkungan terbuka dimana pasien akan merasa aman untuk mendiskusikan perasaan atau menahan diri untuk berbicara 4. Izinkan pasien untuk merefleksikan rasa marah,takut, putus asa tanpa konfrontasi. Berikan informasi bahwa perasaannya adalah normal dan perlu diekspresikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjamin bahwa pasien tidak akan sendiri atau ditelantarkan: menunjukkan rasa menghargai, dan menerima orang tersebut, membantu meningkatkan rasa percaya. 2. Dapat mengurangi ansietas dan ketidakmampuan pasien untuk membuat keputusan/pilhan berdasarkan realita 3. Membantu pasien untuk merasa diterima pada kondisi sekarang tanpa persaan dihakimi dan meningkatkan persaan harg diri dan kontrol 4. Penerimaan perasaan akan membuat pasien dapat menerima situasi

5.	Intoleransi aktivitas bd Kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2) Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat 3) Keluhan lelah menurun 4) Perasaan lemah menurun 5) Tanda vital membaik (tekanan darah, nadi, frekuensi nafas, saturasi oksigen) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan tugas, catat laporan kelelahan, keletihan, dan kesulitan dalam menyelesaikan tugas 2. Awasi tekanan darah, pernapasan dan nadi selama dan sesudah aktivitas. Catat respon terhadap aktivitas (misal peningkatan denyut jantung atau tekanan darah, disritmia, pusing, dyspnea, takipnea, dan sebagainya) 3. Berikan lingkungan tenang, pertahankan tirah baring bila diindikasikan. Pantau dan batasi pengunjung, telepon, dan gangguan berulang tindakan yang tak direncanakan. 4. Ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau terhadap pusing 5. Rencanakan kemajuan aktivitas dengan pasien termasuk aktivitas yang pasien pandang perlu. Tingkatkan tingkat aktivitas sesuai toleransi 6. Gunakan teknik penghematan energy misal mandi dengan duduk, duduk untuk melakukan tugas-tugas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempengaruhi pemilihan intervensi/ bantuan 2. Manifestasi kardio pulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen adekuat ke jaringan. 3. Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan menurunkan regangan jantung dan paru. 4. Hipotensi postural atau hipoksia serebral dapat menyebabkan pusing, berdenyut, dan peningkatan risiko cedera 5. Meningkatkan secara bertahap tingkat aktivitas sampai normal dan memperbaiki tonus otot / stamina tanpa kelemahan 6. Mendorong pasien untuk melakukan banyak dengan membatasi penyimpangan energy dan mencegah kelemahan
----	---------------------------------------	---	--	--

2.2.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Pelaksanaan keperawatan atau Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/ aktivitas yang telah ditemukan, pada tahap ini perawat siap membantu pasien atau orang terdekat menerima stress situasi atau prognosis, mencegah komplikasi, membantu program rehabilitas individu, memberikan informasi tentang penyakit, prosedur, prognosis dan kebutuhan pengobatan.

2.2.5 EVALUASI KEPERAWATAN

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respon pasien terhadap dan keefektifan intervensi keperawatan. Kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Ada 2 komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan yaitu Proses Formatif dan hasil sumatif. Proses Formatif berfokus pada aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan, evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan dilaksanakan dan terus menerus dilaksanakan sampai tujuan tercapai.

Hasil sumatif berfokus pada perubahan prilaku/status kesehatan pasien pada akhir tindakanperawatan pasien, tipe ini dilaksanakan pada akhir tindakan secara paripurna. Disusun menggunakan SOAP dimana : S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjek dan objektif apakah telah tertasi, teratasi sebagian atau belum teratasi P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan yaitu tujuan tercapai apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditentukan, tujuan tercapai sebagian apabila jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria hasil yang telah ditetapkan, tujuan tidak tercapai jika klien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali. (Suprajitno dalam Wardani, 2013).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 12 sampai 14 Maret 2020. Anamnesa diperoleh dari pasien dan rekam medis sebagai berikut :

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 IDENTITAS

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.A usia 31 tahun. Pasien MRS pada tanggal 07 Maret 2020 di ruang F1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Maret 2020, pukul 17.00 WIB. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pendidikan terakhir strata 1, pekerjaan sebagai pegawai swasta. Pasien tinggal Surabaya. Pasien merupakan istri dari Tn. M, usia 32 tahun pekerjaan suami sebagai pegawai swasta.

3.1.2 STATUS KESEHATAN SAAT INI

1. Alasan Kunjungan RS

Ny. A mengatakan datang ke RS pada tanggal 7 Maret 2020 pukul 10.00 WIB karena mendapat rujukan dari dokter praktek saat kontrol kehamilan. Ny. A dirujuk karena memiliki tekanan darah tinggi 170/110 mmHg dan bengkak pada bagian ekstermitas. Ny A dianjurkan dokter obgyn untuk rawat inap untuk perbaikan kondisi dan mestabilkan tekanan darah.

2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan bengkak pada ekstermitas bawah dan terasa lemah

3. Riwayat Kehamilan Sekarang

Pasien mengatakan keluhan kaki bengkak dirasakan sudah sejak 2 minggu. Pasien juga mengatakan badan terasa lemas, pusing dan pandangan mata terasa ganda dan memutuskan periksa ke dokter pada tanggal 6 Maret 2020, kemudian pasien diberi rujukan untuk periksa ke dokter spesialis kandungan dikarenakan kondisinya dan tekanan darah 170/110 mmHg. Saat di periksa di RSPAL pasien disarankan untuk rawat inap untuk perbaikan kondisi, dan memantau perkembangan janin. Selama 5 hari perawatan pasien mengatakan kondisinya sudah mulai membaik. Pasien mengatakan sekarang sudah tidak merasakan pusing dan pandangan mata sudah tidak ganda lagi, bengkak pada kaki sudah mulai berkurang, namun badan masih terasa lemah. Pasien terpasang iv cath no.20 pada metacarpal sinistra, infus RL 500cc/24 jam, terpasang *folley catheter* no. 16 balon 15ml. Pasien mengatakan dilakukan pemeriksaan darah dan urine, serta USG. Dari hasil pemeriksaan darah pasien mengalami anemia. Saat pengkajian didapatkan TD:144/95 mmHg, N: 106x/menit, S: 36,8°C, RR: 20x/menit, GCS: E4 V5 M6 dan DJJ 135x/menit.

4. Diagnosa Medik

G3P1011 UK 25/26 minggu + PEB + Letak Lintang

3.1.3 RIWAYAT KEPERAWATAN

1. Riwayat Obstetri

a. Riwayat menstruasi :

Pasien mengatakan pertama kali menstruasi saat usia 13 tahun. Siklus menstruasi tidak teratur, lama menstruasi 7 sampai 10 hari. Tidak ada keluhan selama menstruasi. Pasien mengatakan lupa HPHT kehamilan ini, taksiran persalinan tanggal 27 Juni 2020.

b. Riwayat antenatal :

Pasien mengatakan kehamilan anak ketiga ini tidak diketahui, dikarenakan selama ini pasien melakukan kb pil. Hamil diketahui ketika memasuki usia 3 bulan dan pasien periksa ke dokter dikarenakan badan terasa mual dan lemas. Selama kehamilan anak kedua ini pasien rutin kontrol ke klinik tiap bulan, atau ketika ada keluhan. Pasien mengkonsumsi obat selama kehamilan dari dokter yaitu Fe, Vitamin, kalsium.

c. Keluhan selama kehamilan :

Keluhan pada trimester I : Ibu mengatakan ada keluhan mual tidak sampai muntah, keluhan ini terutama dirasa pada pagi hari. Selama trimester pertama, pasien merasakan badannya terasa lemas, sehingga sering mengganggu pekerjaannya. Keluhan pada trimester II saat ini setiap malam pasien mengeluh sulit tidur, sering merasa lelah dan pusing, saat melakukan pemeriksaan kehamilan tekanan darah pasien sering tinggi.

d. Genogram :

Pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara. Memiliki kakak laki-laki dan perempuan, serta adik laki-laki. Orang tua pasien masih hidup, namun tinggal diluar kota. Pasien menikah dengan Tn. M dan memiliki satu anak laki-laki usia 6 tahun.

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas :

Pasien mengatakan ini merupakan kehamilan ketiga. Anak pertama berusia 6 tahun, lahir secara spontan di bidan tanpa penyulit. BB lahir 3000 gram, panjang 50cm. Pada kehamilan kedua pasien mengalami abortus pada usia kehamilan 13 minggu dikarenakan *blighted ovum*. Kehamilan ketiga ini memasuki usia kehamilan 25/26 minggu.

2. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien melakukan KB Pil sejak melahirkan anak pertama. Selama KB Pil ini pasien mengalami siklus menstruasi tidak teratur. Terkadang pada awal bulan, tengah bulan dan terkadang akhir bulan.

3. Riwayat Kesehatan

Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak kehamilan memasuki trimester 2. Dari dokter pasien mendapat terapi obat Fe, vitamin dan kalsium. Dari anggota keluarga ada riwayat penyakit kronis dari ibu pasien yaitu Diabetes Melitus.

4. Riwayat Lingkungan

Kamar pasien terlihat bersih dan tertata rapi. Pasien bedrest, restrain selalu terpasang dan didampingi oleh suami.

5. Aspek Psikososial

Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan pasien memiliki riwayat keguguran pada kehamilan sebelumnya. Pasien juga mengatakan sering pusing dan mudah lelah saat beraktifitas. Keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari. Pekerjaan ibu terhambat dan keluarga terabaikan. Pasien berharap ingin lekas pulih dan kembali ke rumah. Pasien tinggal bersama suami dan anak pertamanya. Pasien mengatakan orang yang terpenting baginya adalah suami dan anaknya. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : Suami khawatir terhadap kondisi ibu saat ini. Pasien mengatakan siap menjadi ibu pada kehamilan ketiga ini.

6. Kebutuhan Dasar Khusus

a. Pola Nutrisi

Sebelum MRS pasien makan 3x sehari, jenis makanan sayur, nasi, lauk pauk, tidak ada pantangan. Namun memasuki trimester 2 kehamilan pasien dianjurkan untuk mengurangi konsumsi garam oleh dokter, dikarenakan tensi cenderung tinggi. Pasien minum ± 3000 ml/hari. Saat MRS, pasien makan 3x/hari porsi habis. Nafsu makan baik, pasien mendapat diit rendah garam dan pembatasan minum selama di RS (1000cc/ hari).

b. Pola eliminasi

Sebelum MRS pasien mengatakan BAK sebanyak 6 x/hari (± 1500 cc/ 24 jam). Warna jernih kuning, tidak ada keluhan. BAB rutin 1x/ hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan.

Selama MRS pasien terpasang *folley catheter*, produksi 500cc/ 24 jam warna kuning pekat. Pasien BAB 2 hari 1x warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek agak keras, tidak ada keluhan

c. Pola personal hygiene

Sebelum MRS pasien mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari setiap mandi. Cuci rambut 2 hari sekali. Selama MRS pasien mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari setiap mandi, belum cuci rambut selama MRS.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum MRS pasien tidur 7 jam perhari. Pasien mengatakan sulit memulai tidur pada malam hari, dikarenakan pusing. Selama MRS pasien mengatakan tidur 8-9 jam perhari. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari, pasien tidur malam 5 jam dan tidur siang 3-4 jam.

e. Pola aktifitas dan latihan

Selama bekerja pasien kebanyakan duduk, pasien bekerja dari pagi sampai sore, pasien mengatakan tidak pernah berolahraga. Selama aktivitas pasien mengatakan mengalami kesusahan bergerak dikarenakan kaki bengkak.

f. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak konsumsi rokok, minuman keras dan tidak ketergantungan obat.

7. Pemeriksaan Fisik

a. ROS :

Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos mentis
Tekanan darah : 144/95 mmHg Nadi : 106x/menit
Respirasi : 20x/menit Suhu : 36,8°C
BB sebelum hamil : 71kg BB sekarang : 78kg
Tinggi badan : 155cm IMT : 32,5 (gemuk)

b. Kepala, mata kuping, hidung dan tenggorokan :

Kepala : Bentuk kepala simetris, bulat. Telinga simetris, tidak ada serumen berlebih

Keluhan : tidak ada

c. Mata :

Pada pemeriksaan mata didapatkan data kelopak mata tidak ada masalah, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor. Pasien mengatakan sempat mengalami pandangan mata ganda saat awal MRS.

d. Hidung :

Hidung bersih, septum di tengah, tidak ada reaksi alergi. Tidak ada peradangan sinus, tidak ada pembesaran polip.

e. Mulut dan Tenggorokan :

Gigi geligi lengkap, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada pembesaran amandel. Tidak ada keluhan mual dan muntah.

f. Dada dan Axilla

Pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan oto bantu nafas, suara

nafas vesikuler. Mammae membesar , areolla mammae coklat kehitaman, papila mammae ada (menonjol), colostrum belum keluar

g. Pernafasan

Jalan nafas paten, tidak ada sumbatan. Suara nafas tambahan tidak ada. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas. Pola nafas reguler, frekwensi nafas 20 x/menit.

h. Sirkulasi jantung

Ictus cordis tidak terlihat, tidak ada bunyi jantung tambahan, irama reguler. Tekanan darah 144/95 mmHg. Frekwensi nadi 106 x/menit. Tidak ada keluhan nyeri dada. CRT > 3 detik, akral dingin basah pucat.

i. Abdomen

Tinggi fundus uterus: 25 cm, setinggi pusat

Kontraksi : tidak ada

Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung),

TFU setinggi pusat

Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melentting (kepala)

Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : kepala belum masuk PAP

DJJ : 135x/menit, reguler TBJ : 1860 gr

Pigmentasi : pada bagian axila dan aerola

Linea nigra : ada

Striae : ada

Fungsi pencernaan : tidak ada masalah

Masalah khusus : tidak ada

j. Genitourinary

Pengkajian perineum bersih, vesika urinaria tidak ada distensi. Vagina bersih, tidak ada varises. Ada keputihan, warna putih jernih, tidak berbau dan tidak gatal. Tidak ada hemorroid.

k. Ekstremitas (integumen/muskuloskeletal)

Turgor kulit menurun, warna kulit sawo matang. Tidak ada kontraktur pada persendian ekstremitas. Pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan, karena ada pembengkakan ekstermitas. Kekuatan otot : ekstermitas atas 5555/5555, ekstermitas bawah 5555/5555.

8. Kesiapan Kehamilan dan Persalinan

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti senam hamil. Pasien berencana akan melahirkan di bidan jika memungkinkan. Pasien mengatakan siap menjadi ibu karena ini merupakan anak ke 2 dan kehamilan ke 3. Pasien sudah mengetahui tentang tanda- tanda melahirkan, cara menangani nyeri, dan proses persalinan.

9. Data Penunjang

Laboratorium :

Tanggal : 7 Maret 2020

3.1 Tabel Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Rentang Normal
WBC	7.5 10^3 /ul	(4,00 – 10,00 10^3 /ul)
RBC	5.23 10^6 / μ L	4,2 – 11,0 10^6 / μ L
PLT	153 10^3 /ul	(150 – 400 10^3 /ul)
HGB	9.7 g/dl	(10,0-14,0 g/dL)
HCT	36.3%	(37,0 – 54,0 %)

MCV	80,0fL	81,1 – 96,0
MCHC	28.7 g/dl	27,0 – 31,2
Albumin	2,5 gr/dl	(3,50-5,00 g/dl)
Ureum	12,3 mg/dL	10-24
Kreatinin	0,54 mg/dL	0.5-1.5
SGOT	20 U/L	0-37
SGPT	10 U/L	0-37
HbsAg	Negatif	Negatif
HIV	Negatif	Negatif
Golda	B	
Protein urine	+2	Negatif
Glukosa Urine	Negatif	Negatif

10 Maret 2020

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Chlorida	107,7 mmol/L	95,0-105,0 mmol/L
Kalium	3,38 mmol/L	3,00-5,00 mmol/L
Natrium	143,7 mmol/L	135,0-147,0 mmol/L

USG :

Hasil (8 Maret 2020) :

Usia kehamilan 25 minggu. Terdapat malposisi janin yaitu letak lintang, kepala berada disebelah kiri

10. Terapi Obat

Tanggal 12 Maret 2020

Tabel 3.2 Tabel Terapi Obat

Nama obat	Dosis	Rute	Indikasi
Infus RL	500cc/24 jam	Iv	Digunakan sebagai cairan hidrasi dan elektrolit serta sebagai agen alkalisator. Efek terapi ringer laktat adalah ekspansi volume intravaskular, sehingga menaikkan preload dan memperbaiki perfusi.
Metildopa	3x500 mg	Oral	Menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Obat ini merelaksasi pembuluh darah sehingga darah dapat mengalir lebih lancar, sehingga tekanan darah berangsur menurun
Ferrous Sulfate	2x 1 tab	Oral	Merupakan suplemen zat besi yang berkerja untuk mencegah dan mengobati defisiensi besi

Kalk	2 x 1 tab	Oral	Suplementasi kalsium untuk pertumbuhan badan, tulang, dan gigi terutama pada anak-anak, wanita hamil dan ibu menyusui.
Adalat oros	1-0-1 30 mg	Oral	Pengobatan hipertensi, angina stabil, angina pectoris pasca infark (kecuali 8 hari pertama setelah infark)
Concor	1-0-0 1,25mg	Oral	Antihipertensi. Dapat digunakan sebagai monoterapi atau kombinasi dengan antihipertensi lain.

3.2 ANALISA DATA

3.3 Tabel Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 2, sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) CRT > 3 dtk 2) Turgor kulit menurun 3) Konjungtiva anemis 4) TD:144/95 mmHg 5) N: 106x/menit, 6) S: 36,8°C 7) RR: 20x/menit 8) Edema pada ekstermitas bawah 9) Hb : 9.7 g/dl 	Peningkatan tekanan darah	Perfusi Perifer Tidak Efektif SDKI, 2017 (D.0009)
2.	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terdapat edema pada ekstermitas 2) Albumin : 2,5 gr/dl 3) Hb : 9.7 g/dl, Hct : 36.3% 4) Protein urine : +2 5) Tekanan darah : 144/95 mmHg 6) IMT : 32,5 (gemuk) 	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia SDKI, 2017 (D.0022)
3.	<p>DS : Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan pasien memiliki riwayat keguguran pada kehamilan sebelumnya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak gelisah 2) Sulit tidur pada malam hari 3) Respirasi 20 x/menit 4) Nadi 106 x/menit 5) TD : 144/95 mmHg 	Krisis Situasional	Ansietas SDKI, 2017 (D.0080)

4.	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p> <p>DO : 1) TD : 144/95 mmHg 2) Akral dingin basah pucat 3) Hb : 9.7 g/dl</p>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas SDKI, 2017 (D.0056)
5.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>1) Kecemasan pada ibu karena riwayat abortus 2) RPD hipertensi (TD : 144/95 mmHg) 3) Diagnosa PEB</p>		Risiko Cedera pada Janin SDKI, 2017 (D.0138)

PRIORITAS MASALAH

Tabel 3.4 Tabel Prioritas Masalah

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	12 Maret 2020		<i>Alifa</i>
2.	Risiko Cedera pada Janin	12 Maret 2020		<i>Alifa</i>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	12 Maret 2020		<i>Alifa</i>
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	12 Maret 2020		<i>Alifa</i>
5.	Ansietas b/d krisis situasional	12 Maret 2020		<i>Alifa</i>

3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

3.5 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat	<p>Perfusi perifer (SLKI, 2018 L.02013)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan nadi perifer meningkat 2) Sensasi meningkat 3) Warna kulit pucat menurun 4) Parestesia menurun 5) Turgor kulit membaik <p>Status Sirkulasi (SLKI, 2018 L.02016)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan nadi meningkat 2) Output urine meningkat 3) Saturasi oksigen meningkat 4) Pucat dan akral dingin menurun 5) Pitting edema menurun 6) Edema perifer menurun 7) Tekanan darah membaik 8) Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (SIKI, 2018 I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas 4. Lakukan hidrasi <p>Manajemen Sensasi Perifer (SIKI, 2018 I.06195)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi terjadinya perubahan sensasi 1. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena 3. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu <p>Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat)

				<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 4. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5. Monitor hasil pemeriksaan serum 6. Monitor kadar albumin dan protein total 7. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleksi hepatojugularis positif) 8. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
2.	Risiko Cedera pada Janin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi	<p>Tingkat Cedera (SLKI, 2018 L.09094)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kejadian cedera menurun <p>Status Pertumbuhan (SKLI, 2018 L.10102)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pertambahan berat badan meningkat 2) DJJ membaik 3) Distres janin menurun 	<p>Pemantauan Denyut Jantung Janin (SIKI, 2018 I.14537)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status obstetrik, riwayat obstetrik 2. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 3. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit 4. Monitor denyut jantung janin 5. Monitor tanda vital ibu 6. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin <p>Pengukuran Gerakan Janin (SIKI, 2018 I.14554)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin 2. Monitor gerakan janin 3. Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)

				<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin 5. Anjurkan ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 12 jam 6. Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat	<p>Toleransi Aktivitas (SLKI, 2018 L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 3) Keluhan lelah menurun 4) Sianosis menurun 5) Frekuensi nadi membaik 6) Warna kulit membaik 7) Frekuensi nafas membaik 8) Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Energi (SIKI, 2018 I.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 5. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>Dukungan Ambulasi (SIKI, 2018 I.06171)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dan ambulasi dengan alat bantu 4. Fasilitasi melakukan pergerakan dan berpindah 5. Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi

				6. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan disekitar tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan Cairan (SLKI, 2018 L.03020) <ol style="list-style-type: none"> 1) Asupan cairan meningkat 2) Output urine meningkat 3) Membran mukosa lembab meningkat 4) Dehidrasi menurun 5) Konfusi menurun 6) Tekanan darah membaik 7) Frekuensi nadi membaik 8) Turgor kulit membaik 	Manajemen Hipervolemia (SIKI, 2018 I.03114) <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit) 6. Batasi asupan cairan dan garam 7. Kolaborasi pemberian diuretik 8. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121) <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, K, BUN, Kreat) 3. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 4. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i>

				cairan 5. Monitor hasil pemeriksaan serum 6. Monitor kadar albumin dan protein total 7. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 8. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
5.	Ansietas b/d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun	Tingkat Ansietas (SLKI, 2018 L.09093) 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Pucat menurun 4) Pola tidur membaik 5) Frekuensi pernafasan membaik 6) Nadi membaik 7) Tekanan darah membaik	Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314) 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang menyebabkan ansietas 5. Dengarkan dengan penuh perhatian 6. Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 7. Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan 8. Latih teknik relaksasi 9. Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan

3.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

3.6 Tabel Implementasi dan Evaluasi

Hari/ Tgl Waktu	No Dx	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Waktu	No Dx	Evaluasi Formatif SOAPIE / Catatan Perkembangan	Paraf
Kamis, 12 Maret 2020	1,2,3 ,4,5 2	Melakukan bina hubungan saling percaya (pasien kooperatif) Melakukan pengkajian dan observasi TTV (TD : 144/95 mmHg, Nadi : 106 x/menit, Suhu : 36.8°C, CRT 3 detik, akral dingin basah pucat, edema pada ekstermitas bawah) Melakukan pemeriksaan Leopold : Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melentting (kepala) Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan Leopold IV : kepala belum masuk PAP	<i>Alifa</i>	Kamis, 12 Maret 2020	1	S: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak kehamilan memasuki trimester 2 O : Pasien tampak lemah TTV : TD : 144/95 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C CRT 3 detik Akral dingin basah pucat A: Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor TTV 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor status hemodinamik 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan	<i>Alifa</i>

					5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
2	Melakukan pengukuran DJJ (DJJ : 135 x/menit)			2	S : - O: TTV : TD : 144/95 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C DJJ : 135 x/menit Pergerakan janin aktif A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor denyut jantung janin 2) Monitor tanda vital ibu 3) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 4) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 5) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin	<i>Alifa</i>
5	Menghitung balance cairan (input 1890 – output 1670 = +220)					
3	Mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (pasien mengatakan karena kakinya bengkak, sehingga mudah lelah dan capek)					
3	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap					
3	Menganjurkan suami membantu pasien dalam pemenuhan ADL					
4	Mengkaji tanda ansietas (pasien tampak gelisah, pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya dikarenakan ada riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya)					
4	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam jika pasien merasa panik atau takut (pasien kooperatif dan dapat melakukan teknik nafas dalam)			3	S : Pasien megatakan badannya masih terasa lemah O: TTV : TD : 144/95 mmHg	<i>Alifa</i>

					<p>N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 3) Anjurkan aktivitas secara bertahap 4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 5) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi 	
				4	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan +220 CRT 3 detik</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status hemodinamik 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor TTV 	<i>Alifa</i>

					<p>4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p> <p>5) Monitor penambahan berat badan</p> <p>6) Batasi asupan cairan dan garam</p>		
				5	<p>S : Pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah dijelaskan terkait kondisinya dan diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV : TD : 144/95 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi tanda ansietas 2) Evaluasi kemampuan teknik relaksasi nafas dalam 3) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 	<i>Alifa</i>	
Jumat, 13 Maret 2020	1,2,3,4,5	Melakukan anamnesa terkait keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya badannya masih lemas sedikit)	<i>Alifa</i>	Jumat, 13 Maret 2020	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya sedikit lemas</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p>	<i>Alifa</i>

	5	Melakukan pengukuran output cairan pasien (urine 750cc, IWL 1170 cc)			<p>TTV :</p> <p>TD : 138/75 mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>CRT <2 detik Akral dingin kering pucat</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor TTV 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor status hemodinamik 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi 	
	5	Menghitung balans cairan (1890-1920 = -30cc)				
	5	Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)				
	1,2,5	Melakukan pemeriksaan TTV, DJJ (TD : 139/85 mmHg, N : 98 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36 °C, DJJ 140 x/menit)				
	1,2,3,4,5	Memberikan pendidikan kesehatan terkait hipertensi dalam kehamilan (pasien kooperatif)				
	4	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas (pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam)		2	<p>S : -</p> <p>O:</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 138/75 mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>DJJ : 142 x/menit Pergerakan janin aktif</p> <p>A: Maslalah tertasi sebagian</p> <p>P :</p>	<i>Alifa</i>
	4	Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik)				
	1,5	Melakukan penimbangan BB pasien (BB : 78 kg)				
	5	Melakukan pemeriksaan TTV dan DJJ				

	1,2,3 ,4,5	(TD : 138/75 mmHg, N : 99 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 142 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering pucat)			Intervensi dilanjutkan 1) Monitor denyut jantung janin 2) Monitor tanda vital ibu 3) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 4) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 5) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin	
	1,5	Memberikan diet nutrisi rendah garam (makan habis 1 porsi)				
	1	Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)				
	3	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap		3	S : Pasien mengatakan badannya terasa sedikit lemas O : Pasien mampu ambulasi ke kamar mandi sendiri, pasien berjalan – jalan disekitar tempat tidur TTV : TD : 138/75 mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 3) Anjurkan aktivitas secara bertahap	<i>Alifa</i>

					<p>4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi</p> <p>5) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi</p>	
				4	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan -30 CRT <2 detik</p> <p>A: Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status hemodinamik 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor TTV 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5) Batasi asupan cairan dan garam 	<i>Alifa</i>
				5	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 138/75 mmHg N : 99 /menit</p>	<i>Alifa</i>

						<p>Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
Sabtu, 14 Maret 2020	5 5 1,2,5 1,2,3 ,5 1,5 1,5 1	<p>Melakukan pengukuran output cairan (urine 700cc)</p> <p>Menghitung balans cairan (1890-1870 = +20cc)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)</p> <p>Mengkaji keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien bisa tidur nyenyak tadi malam)</p> <p>Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik)</p> <p>Memberikan diit rendah garam (habis 1 porsi)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)</p>	<i>Alifa</i>	Sabtu, 14 Maret 2020	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, lemas sudah idak dirasakan</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p> <p>TTV : TD : 135/80 mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>CRT <2 detik Akral dingin kering merah</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor TTV 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor status hemodinamik 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi 	<i>Alifa</i>

	1,2,3 5 2	<p>Mengobservasi TTV dan DJJ (TD : 135/80 mmHg, N : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 139 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering merah)</p> <p>Menganjurkan pasien untuk menghitung pergerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)</p>		2	<p>S : - O: TTV : TD : 135/80 mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C DJJ : 139 x/menit Pergerakan janin aktif A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor denyut jantung janin 2) Monitor tanda vital ibu 3) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 4) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 5) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin</p>	<i>Alifa</i>
				3	<p>S : Pasien mengatakan lemas sudah tidak dirasakan O: Pasien tampak lebih tenang TTV : TD : 135/80 mmHg N : 95 x/menit</p>	<i>Alifa</i>

					<p>Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 3) Anjurkan aktivitas secara bertahap 4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 5) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi 	
				4	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan +20cc CRT <2 detik</p> <p>A: Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status hemodinamik 2) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 3) Batasi asupan cairan dan garam 	<i>Alifa</i>

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab pembahasan ini ditujukan untuk menganalisis kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka, mengerti, dan kooperatif.

Pada tinjauan kasus juga didapatkan gejala pasien mengatakan mengalami edem ekstermitas sudah 2 minggu sebelum MRS, hal ini sesuai dengan tanda gejala dari preeklampsia salah satunya ialah peningkatan berat badan dan edema ekstermitas terutama disebabkan karena retensi cairan dan selalu dapat ditemukan sebelum timbul gejala edema yang terlihat jelas, seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan dan kaki yang membesar (Marunani, 2016).

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mendapat rujukan dari dokter praktek saat kontrol kehamilan. Pasien dirujuk karena memiliki tekanan darah tinggi 170/110 mmHg dan bengkak pada bagian ekstermitas. Pasien dianjurkan dokter obgyn untuk rawat inap untuk perbaikan kondisi dan mestabilkan tekanan darah. Pasien diklasifikasikan sebagai PEB, karena memenuhi kriteria sesuai teori dari Nita & Mustika (2013) yang mengungkapkan bahwa Pre-eklampsia

berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

Salah satu tanda dari preeklampsia adalah adanya gangguan pada penglihatan. Penglihatan menjadi kabur, sampai menyebabkan kebutaan. Hal ini disebabkan karena penyempitan pada pembuluh darah dan edema pada retina (Wibowo, dkk 2015). Kondisi ini juga dialami pasien, namun tidak berlangsung lama. Pandangan mata pasien menjadi ganda saat awal MRS saja, kemudian sudah berangsur membaik. Menurut penulis, hal ini terjadi karena perbaikan kondisi dan dari mulai stabilnya tekanan darah pasien.

Menurut penulis, preeklampsia terjadi pada pasien bisa disebabkan karena obesitas. Sebelum hamil berat badan pasien 71kg dengan tinggi badan 155 cm. Saat hamil, berat badan pasien mencapai 78kg dengan IMT 32.5 yang tergolong sebagai kegemukan. Obesitas merupakan faktor risiko yang telah banyak diteliti terhadap terjadinya preeklampsia. Obesitas memicu kejadian preeklampsia melalui beberapa mekanisme, yaitu berupa superimposed preeclampsia, maupun melalui pemicu-pemicu metabolit maupun molekul-molekul mikro lainnya. Seseorang dikatakan obesitas bila memiliki $IMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (Wafiyatunisa dan Rodiani, 2016).

Pada pemeriksaan data penunjang hasil laboratorium menunjukkan penurunan nilai hemoglobin, nilai Hb pasien 9.7 g/dl, hal ini selaras dengan tinjauan kasus pada pasien dengan preeklampsia biasanya terjadi penurunan nilai hemoglobin. Hal ini terjadi akibat Anemia sebagai salah satu komplikasi potensial akibat preeklampsia (Taber, M.D, 2006). Hal ini juga sesuai teori

patofisiologi penyebab preeklampsia adalah iskemik uteroplasenter, adalah keadaan dimana suplai darah ke plasenta berkurang karena penyempitan aliran darah yang disebabkan karena anemia (Manuaba, 2008). Pada tinjauan teori pemeriksaan urinalis pasien preeklampsia ditemukan roteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter / midstream (Nita & Mustika, 2013). Pada pemeriksaan urinalis pada pasien ditemukan protein urine +2. Proteinuria disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus belum diketahui sebabnya, ada yang mengatakan disebabkan oleh retensi air dan garam. Proteinuria mungkin disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Mitayani, 2011).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus ada 5 diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, yang ditandai dengan CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, konjungtiva anemis, pemeriksaan tanda vital TD:144/95 mmHg, N: 106x/menit, S: 36,8°C, RR: 20x/menit, Edema pada ekstermitas bawah, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb : 9.7 g/dl.

Diagnosa perfusi perifer tidak efektif diprioritaskan karena kondisi ini mempengaruhi metabolisme tubuh akibat merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler (SDKI, 2017).

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Mitayani (2011), pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme yang hebat pada arteriola

glomerulus. Pada beberapa kasus lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui satu sel darah merah. Jadi, jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spesme, maka tekanan darah dengan sendirinya akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat tercukupi.

2. Risiko Cedera pada Janin, ditandai dengan faktor risiko kecemasan pada ibu karena riwayat abortus, RPD hipertensi (TD : 144/95 mmHg), diagnosa medis PEB.

Diagnosa ini ditegakkan dan menjadi prioritas kedua karena janin berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik selama proses kehamilan dan persalinan.

Bagi janin pada preeklampsia antenatal, janin dapat terpengaruh dengan ketidakutuhan plasenta. Ini menunjukkan retardasi pertumbuhan intrauterine dan hipoksia. Selama sehat ketika ibu berhenti bernafas supply oksigen ke janin terganggu, selanjutnya berkurang. Kematian perinatal janin intrauteri terdiri dari akibat solusio plasenta, asfiksi berat intrauteri akibat vasokonstriksi berat, bila hasil konsepsi tetap hidup dapat terjadi berat badan lahir rendah dan intrauterine growth retardation Marmi, dkk (2010).

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ditandai dengan pemeriksaan TD : 144/95 mmHg, akral dingin basah pucat, Hb 9.7 g/dl. Data subyektif pasien mengungkapkan muda lelah saat beraktifitas. Intoleransi aktivitas diidefinisikan sebagai ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (SDKI, 2017). Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan intoleransi aktivitas dapat menjadi

indikator kecukupan energi pada pasien dan sebagai penilaian status gizi.

Gizi yang kurang akan menyebabkan pertumbuhan janin terganggu baik secara langsung maupun oleh oleh nutrisi yang kurang ataupun tidak langsung akibat fungsi plasenta terganggu. Dengan demikian akan terjadi kompetisi antara ibu, janin dan plasenta untuk mendapatkan nutrisi dan hal ini akan berpengaruh terhadap pertumbuhan plasenta serta janin akan berdampak pada berat lahir bayi dan berat plasenta (Surinati, 2011).

4. Hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, yang ditandai dengan adanya edema pada ekstermitas. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil Albumin : 2,5 gr/dl, Hb : 9.7 g/dl, Hct : 36.3%, Protein urine : +2, pada pemeriksaan tanda vital diperoleh tekanan darah : 144/95 mmHg , IMT : 32,5 (gemuk).

Hipervolemi didefinisikan sebagai peningkatan volume cairan intravaskuler, interstitial dan intraseluler sebagai akibat dari gangguan mekanisme regulasi. Kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, ada yang mengatakan di sebabkan oleh retensi air dan garam. Proteinuria mungkin disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus belum diketahui sebabnya, ada yang mengatakan di sebabkan oleh retensi air dan garam.

Jumlah air dan natrium dalam tubuh lebih banyak pada penderita preeklamsia dan eklamsia dari pada wanita hamil biasa atau penderita dengan hipertensi kronik. Penderita preeklamsia tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh

filtrasi glomerulus menurun, sedangkan penyerapan kembali tubulus tidak berubah. Elektrolit, kristaloid, dan protein tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada preeklampsia. Konsentrasi kalium, natrium, dan klorida dalam serum biasanya dalam batas normal (Trijatmo,2015).

5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, yang ditandai dengan pasien tampak gelisah, sulit tidur pada malam hari, pada pemeriksaan tanda vital didapatkan hasil respirasi 20 x/menit. nadi 106 x/menit, TD : 144/95 mmHg.

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman SDKI (2017). Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengalami ansietas dikarenakan pasien khawatir dengan kondisi yang dialami, dikarenakan pasien memiliki riwayat abortus pada kehamilan kedua, saat usia kehamilan 13 minggu.

Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart (2013) yang menyatakan bahwa respon afektif yang terjadi pada klien ansietas merupakan respons emosi dalam menghadapi masalah dan bergantung dari lama dan intensitas stresor yang diterima dari waktu ke waktu. Keliat, B.A. (2012) mengungkapkan respons afektif dan beberapa pendapat diatas penulis simpulkan bahwa salah satu respon afektif yang muncul dari klien ansietas dengan penyakit fisik adalah perasaan sedih akibat perubahan status kesehatan yang dialami sehingga menyebabkan klien sering merasa khawatir akan mengalami peristiwa yang sama.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan kasus sasaran, dalam intervensinya dengan alasannya penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (efektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotorik). Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

1. Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat. Dengan kriteria hasil kekuatan nadi perifer meningkat, turgor kulit membaik, output urine meningkat, pucat dan akral dingin menurun, edema perifer menurun, tekanan darah membaik, pengisian kapiler membaik (SLKI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu). 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi). 3) Lakukan hidrasi. 4) Identifikasi terjadinya perubahan sensasi. 5) Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit), 6) Catat *intake* dan *output* dan hitung *balance* cairan (SIKI, 2018).

2. Risiko Cedera pada Janin

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi. Ditandai dengan kriteria

hasil penambahan berat badan meningkat, DJJ membaik, distres janin menurun (SLKI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah 1) Identifikasi status obstetrik, riwayat obstetrik. 2) Periksa denyut jantung janin selama 1 menit. 3) Monitor denyut jantung janin. 4) Monitor tanda vital ibu. 5) Lakukan manuver Leopold untuk menentukan posisi janin. 6) Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin. 7) Monitor gerakan janin. 8) Hitung dan catat gerakan. 9) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin (SIKI, 2018).

3. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Ditandai dengan kriteria hasil kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, keluhan lelah menurun, sianosis menurun, frekuensi nadi membaik, warna kulit membaik, frekuensi nafas membaik, tekanan darah membaik (SLKI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan. 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional. 3) Monitor pola dan jam tidur. 4) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus. 5) Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif. 6) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 7) Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi (SIKI, 2018).

4. Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam

diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Dengan kriteria hasil Output urine meningkat, membran mukosa lembab meningkat, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, turgor kulit membaik (SLKI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat). 2) Identifikasi penyebab hipervolemia. 3) Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP). 4) Monitor intake dan output cairan. 5) Batasi asupan cairan dan garam. 6) Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) (SIKI, 2018).

5. Ansietas b/d krisis situasional

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun. Ditandai dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, pucat menurun, pola tidur membaik, frekuensi pernafasan mebaik, nadi membaik, tekanan darah membaik (SLKI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah. 2) Monitor tanda-tanda ansietas. 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. 4) Dengarkan dengan penuh perhatian. 5) Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit. 6) Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan. 7) Latih teknik relaksasi (SIKI, 2018).

4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Nurjanah (2010) implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.. Pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien, serta ada

pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosis pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Implementasi dilakukan selama 3x24 jam masa perawatan dan didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi keperawatan.

1. Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah

Implementasi pada diagnosa keperawatan pertama yaitu, melakukan pengkajian dan observasi tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh, mengobservasi status hemodinamik meliputi CRT, JVP, akral, pitting edema, memberikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter, melakukan hidrasi, memberikan diet nutrisi rendah garam.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan tidak ada keluhan, lemas sudah tidak dirasakan, didapatkan data objektif TD : 135/80 mmHg, N : 95 x/menit, Rr : 20 x/menit, S : 36.1°C, CRT <2 detik, Akral dingin kering merah.

Pemantauan tekanan darah, distensi vena jugularis dan mengukur JVP. Hal tersebut dapat dilakukan sehubungan dengan anatomi pembuluh darah tersebut bermuara pada vena sentral (vena cava superior). Peningkatan pada vena sentral sehubungan dengan meningkatnya volume sirkulasi sistemik akan berdampak kepada peningkatan JVP yang dapat terlihat dengan adanya distensi vena leher, jadi secara tidak langsung terhadap distensi vena leher

dan peningkatan JVP menunjukkan kemungkinan adanya kondisi overload cairan (Smeltzer, Bare, Hinkle & Ceever, 2010).

Tindakan hidrasi cairan dilakukan karena merupakan tahap awal untuk mengembalikan perfusi dan oksigenasi jaringan dengan memulihkan volume sirkulasi intravaskuler (Leksana, Ery 2015).

Tindakan memberikan nutrisi diet rendah garam dilakukan karena asupan natrium merupakan hal yang sangat penting pada mekanisme timbulnya peningkatan tekanan darah. Menurut penelitian yang dilakukan Polii, Rivanli., dkk (2016) tekanan darah meningkat karena adanya peningkatan volume plasma (cairan tubuh). Mengonsumsi garam (natrium) menyebabkan haus dan mendorong kita minum. Hal ini meningkatkan volume darah di dalam tubuh yang berarti jantung harus memompa lebih giat sehingga tekanan darah naik. Karena masukan (input) harus sama dengan pengeluaran (output) dalam sistem pembuluh darah, jantung harus memompa lebih kuat dengan tekanan lebih tinggi.

2. Risiko cedera pada janin

Implementasi yang dilakukan melakukan pemeriksaan Leopold, mengobservasi tanda vital ibu meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, mengobservasi DJJ, menganjurkan pasien untuk menghitung pergerakan janin.

Setelah dilakukan implementasi didapatkan data objektif pada pasien TD : 135/80 mmHg, N : 95 x/menit, Rr : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ : 139 x/menit, Pergerakan janin aktif.

Pemantauan DJJ dilakukan sebagai indikator adanya gawat janin. Menurut Chabibah dan Emi (2017) gawat janin adalah jika denyut jantung janin < 120 x/menit atau > 160 x/menit, serta adanya air ketuban hijau.

Pemeriksaan Leopold ibu hamil merupakan salah satu komponen dalam pemeriksaan esensial untuk mendiagnosis kehamilan. Palpasi Leopold dilakukan untuk menentukan posisi dan letak janin dengan melakukan palpasi abdomen (Wahyuningsih, Heni P & Siti Tyastuti, 2016).

Pemantauan pergerakan janin dilakukan untuk mengetahui kondisi janin. Menurut Adeyani, Alif., dkk (2019) Biasanya ibu telah merasakan gerakan janin sejak kehamilan 20 minggu dan seterusnya. Apabila wanita tidak merasakan gerakan janin dapat disangka terjadi kematian janin dalam rahim. Menurut penulis, memperhatikan jumlah pergerakan janin sangat penting yaitu untuk membantu memantau perkembangan janin. Gerakan janin di dalam kandungan merupakan salah satu indikator janin sehat.

3. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan

Implementasi yang telah dilakukan yaitu mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap, menganjurkan keluarga membantu dalam pemenuhan ADL, mengobservasi tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, mengobservasi keluhan edema pada ekstermitas, melakukan kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemenuhan nutrisi adekuat.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan lemas sudah tidak dirasakan, didukung dengan data objektif pasien tampak lebih tenang, TD : 135/80 mmHg, N : 95 x/menit, Rr : 20 x/menit, S : 36.1°C.

Tindakan keperawatan menganjurkan pasien untuk ambulasi dini dilakukan untuk mengetahui toleransi pasien dalam melakukan aktivitas. Menurut penulis, dengan kita menganjurkan melakukan ambulasi secara bertahap dapat mengetahui sejauh mana toleransi pasien dalam melakukan ambulasi, dan tidak menimbulkan keluhan kelelahan atau lemas. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Halimuddin (2010) membuktikan bahwa setelah diterapkannya model aktivitas dan latihan intensitas ringan klien gagal jantung terhadap tekanan darah didapatkan perbedaan rata-rata tekanan darah sistole, dan diastole sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Peneliti lain menyebutkan menurut penelitian (Budiyarti, 2013) bahwa tindakan keperawatan untuk mengatasi intoleransi aktivitas diperoleh hasil bahwa level toleransi klien dari hari kehari mengalami peningkatan. Keluhan sesak nafas, dan kelelahan berkurang selama maupun sesudah melakukan aktivitas, klien mampu berpartisipasi dalam kegiatan kebutuhan dasar mandiri, klien mampu melakukan latihan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi klien.

Penulis melakukan Implementasi keperawatan kolaborasi pemberian nutrisi bertujuan untuk meningkatkan asupan nutrisi pada pasien sebagai energi untuk melakukan aktivitas dan dapat memberikan nutrisi adekuat pula untuk janin. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Setyandari R dan Ani Margawati (2017) seiring dengan meningkatnya aktivitas perempuan kebutuhan zat gizi pada perempuan juga memerlukan perhatian khusus. Asupan zat gizi yang cukup akan menghasilkan daya tahan, kesehatan dan status gizi baik pada tenaga kerja. Status gizi yang baik dapat menciptakan daya tahan tubuh yang optimal, yang pastinya dapat meningkatkan efisiensi

dan peningkatan produktifitas kerja, sedangkan status gizi kurang dari kebutuhan dapat menurunkan daya tahan tubuh akibatnya efisiensi dan akktivitas menurun.

Pada proses implementasi juga dilakukan pemantauan keluhan edema pada ekstermitas, menurut penulis hal ini bertujuan sebagai indikator penurunan edema ekstermitas dapat meningkatkan aktivitas fisik pasien. Menurut Coban (2010) Ketidaknyamanan yang sering terjadi pada ibu hamil salah satunya yaitu edema kaki fisiologis. Edema kaki fisiologis (tidak disertai preeklampsia dan eklampsia) terjadi pada sekitar 80% wanita pada saat kehamilan, hal ini karena edema kaki fisiologis disebabkan oleh retensi air dan kenaikan tekanan vena pada kaki serta penekanan uterus yang menghambat aliran balik vena. Edema kaki fisiologis dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu hamil, seperti perasaan berat, dan kram di malam hari. Edema pada kaki juga bisa menunjukkan adanya tanda-tanda bahaya pada kehamilan, apabila edema ditemukan dimuka atau di jari, adanya sakit kepala yang hebat, serta penglihatan kabur akibat dari pre eklampsia (Purwaningsih, 2012)

4. Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi

Implementasi yang telah dilakukan yaitu melakukan pengkajian dan observasi tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, mengobservasi keluhan edema pada ekstermitas, memonitor intake dan output pasien, menghitung balans cairan, memantau kebutuhan cairan pasien, melakukan penimbangan BB, memberikan dit nutrisi rendah garam.

Setelah dilakukan implemetasi keperawatan pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang. Didukung dengan data objektif Edema pada ekstermitas bawah, Balans cairan +20cc, CRT <2 detik.

Penulis melakukan pemantauan tekanan darah dikarenakan kegagalan regulasi cairan dalam tubuh bisa disebabkan oleh adanya peningkatan tekanan darah. Tindakan ini menjadi salah satu intervensi utama dalam penanganan klien dengan overload karena TD merupakan salah satu indikator adanya peningkatan volume cairan intravaskuler. Peningkatan volume cairan berlebih pada kompartemen intravaskuler lebih lanjut akan menyebabkan perpindahan cairan dari dalam pembuluh darah menuju jaringan interstisial tubuh. Oleh sebab itu, intervensi pemantauan TD pada pasien preeklampsia sangat penting untuk memperkirakan kemungkinan terjadinya overload pada pasien (Black & Hawk, 2009).

Pemantauan status hidrasi pada pasien meliputi pemantauan intake output cairan selama 24 jam dengan menggunakan chart intake output cairan untuk kemudian dilakukan penghitungan balance cairan (balance positif menunjukkan keadaan overload). Hal tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya overload cairan pada klien, mengingat jumlah asupan cairan klien bergantung kepada jumlah urin 24 jam (Anggraini, et al, 2016).

Tindakan pemantauan penambahan berat badan dilakukan oleh penulis untuk memantau adanya penumpukan cairan dalam tubuh. Perubahan berat badan secara signifikan yang terjadi dalam 24 jam menjadi salah satu indikator status cairan dalam tubuh. Kenaikan 1 kg dalam 24 jam menunjukkan

kemungkinan adanya tambahan akumulasi cairan pada jaringan tubuh sebanyak 1 liter (Anggraini, et al, 2016).

Pemberian diit rendah garam dilakukan penulis karena pembatasan natrium penting untuk diperhatikan karena jika tidak, hal ini dapat menimbulkan gangguan elektrolit dan cairan. Selain itu, asupan natrium juga akan berpengaruh terhadap tekanan darah. Menurut penelitian terdapat hubungan antara asupan natrium terhadap tekanan darah secara statistic (Anggara dan Prayitno, 2013).

5. Ansietas b/d krisis situasional

Implementasi yang telah dilakukan meliputi mengobservasi tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, mengkaji tanda ansietas, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan penkes terkait hipertensi pada kehamilan, mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas. Didukung dengan data objektif TD : 135/80 mmHg, N : 95 x/menit, Rr : 20 x/menit, S : 36.1°C.

Menurut penulis, implementasi pemantauan tanda vital dan mengkaji tanda ansietas dilakukan untuk mengetahui kejadian tingkat ansietas karena dengan adanya peningkatan tanda vital, biasanya menjadi indikator adanya ansietas. Menurut pendapat Stuart (2013) yang menyatakan bahwa respon fisiologis yang terjadi akibat ansietas antara lain tanda-tanda vital meningkat/menurun, terjadi ketegangan otot, mual/ muntah, tidak nafsu makan, sulit memulai

tidur. Pendapat lain yang mendukung hasil pengkajian ini adalah pendapat Muttaqin (2008) yang menyatakan bahwa klien yang mengalami ansietas akan membutuhkan banyak energi sehingga menyebabkan aktivitas dari sistem saraf simpatis aktif yang akan memacu aliran darah ke otot-otot skeletal, meningkatkan detak jantung dan pernafasan, serta mengurangi aktivitas pencernaan.

Penulis melakukan implementasi mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan untuk memberikan respon ketenangan pada pasien sebagai akibat dari vasodilatasi pembuluh darah, dan diharapkan dapat mengurangi kecemasan pada pasien. Menurut penelitian yang dilakukan Ari (2010), tujuan dari teknik relaksasi adalah mencapai keadaan relaks menyeluruh, mencakup keadaan relaks secara fisiologis, secara kognitif dan secara behavioral, secara fisiologis, keadaan relaks ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non-epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampai mencapai 24 kali per menit), penurunan frekuensi napas (sampai 4-6 kali per menit), penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada ekstremitas. Beberapa perubahan akibat tehnik relaksasi adalah menurunkan tekanan darah, menurunkan frekuensi jantung, mengurangi disritmia jantung, mengurangi kebutuhan oksigen dan konsumsi oksigen, mengurangi ketegangan otot, menurunkan laju metabolik, meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar, tidak memfokuskan perhatian dan rileks, meningkatkan kebugaran, meningkatkan konsentrasi dan memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stresor.

Implementasi pemberian pendidikan kesehatan pada pasien bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien terkait penyakit yang dialami, hal ini diharapkan penulis dapat mengurangi kecemasan pada pasien. Penelitian yang dilakukan Yulfitria dkk, 2017 membuktikan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan tentang SADARI setelah diberikan pendidikan kesehatan. Tingkat pengetahuan juga mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien, penelitian Falco (2015) pada penderita diabetes mellitus yang mengalami kecemasan sedang hingga panic disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang komplikasi yang mengiringi perjalanan penyakitnya. Sementara itu, penderita diabetes mellitus yang mengalami kecemasan ringan disebabkan karena sudah terpapar pengetahuan tentang diabetes mellitus.

Dalam melakukan implementasi ini ada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan yang lainnya, tersedia sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga pasien kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah keluhan pasien sudah berkurang, namun belum hilang sepenuhnya. Asuhan keperawatan

selama 3x24 jam perawatan telah dilakukan, namun masalah belum teratasi. Hal ini dikarenakan masih adanya edema pada ekstermitas, akral masih teraba dingin, tekanan darah masih tinggi.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan risiko cedera pada janin masalah cedera janin tidak terjadi selama pemberian asuhan keperawatan selama 3x24 jam, namun masalah belum teratasi dikarenakan perlunya perawatan lanjutan pada kondisi kehamilan dengan penyakit penyerta yang dapat berisiko tinggi menimbulkan komplikasi pada janin.

Evaluasi diagnosa keperawatan ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan masalah belum teratasi, hal ini dikarenakan pasien masih mengeluh badan sedikit lemas, tekanan darah masih cenderung tinggi, adanya anemia pada pemeriksaan laboratorium. Sehingga pasien masih memerlukan perawatan lanjutan.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi keluasan edema pada ekstermitas sudah berkurang. Asuhan keperawatan selama 3x24 jam telah dilakukan namun masalah belum teratasi, hal ini dikarenakan balans cairan pasien pada evaluasi terakhir masih +20cc dan edema ekstermitas bawah masih ada.

Evaluasi diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien sudah tidak gelisah. Asuhan keperawatan 3x24 jam perawatan telah berhasil dilakukan dengan hasil masalah teratasi pada tanggal 14 Maret 2020. Ini sesuai dengan kriteria waktu yang telah direncanakan oleh penulis.

Pada akhir evaluasi tidak semua tujuan dapat tercapai, hal tersebut dikarenakan pasien masih membutuhkan tindakan lebih lanjut agar tidak ada masalah keperawatan lagi yang muncul dan pasien bisa diperbolehkan untuk segera pulang. Pada pasien dengan preeklampsia memerlukan perawatan yang lebih, mengingat juga memperhatikan kondisi janin dalam kandungan agar tidak menimbulkan komplikasi pada ibu dan janin. Hasil evaluasi berjalan sesuai dengan rencana namun belum dapat terselesaikan dengan maksimal. Pasien belum diperbolehkan untuk pulang karena masalah.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan pemberian Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan diagnosa medis G3P1011 Usia Kehamilan 25/26 minggu + PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, sebagai penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa PEB.

5.1 Simpulan

Setelah penulis menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada pasien dengan PEB di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pasien Ny. A didapatkan didapatkan data fokus pasien mengalami keluhan edema pada ekstermitas, peningkatan tekanan darah, hasil laboratorium didapatkan hasil hemoglobin rendah 9.7 g/dl, adanya protein urine +2.
2. Perumusan masalah keperawatan pada pasien dengan PEB didasarkan pada masalah yang ditemukanyaitu ; Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah, Hipervolemia b//d gangguan mekanisme regulasi, Intoleransi aktivitas b/d kelemahan, Ansietas b/d krisis situasional dan Risiko cedera pada janin.
3. Intervensi disesuaikan dengan diagnosa keperawatan utama dengan tujuan utama adalah observasi tanda hipervolemia, observasi tanda vital (tekanan darah), pemantauan intake, output dan balans cairan, pemantauan adanya risiko cedera pada janin.

4. Beberapa tindakan mandiri yang dapat dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan ialah melakukan pengkajian dan observasi tanda vital, melakukan pemeriksaan Leopold, menghitung intake, output dan balans cairan, melakukan pengukuran DJJ, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pemberian terapi obat sebagai hasil dari kolaborasi.
5. Evaluasi dilakukan untuk menilai perkembangan kondisi pasien dan hasil asuhan keperawatan. Selama tiga hari melakukan asuhan keperawatan pada pasien PEB secara keseluruhan ada yang sudah teratasi dan ada yang belum teratasi karena kondisi pasien yang belum diperbolehkan untuk pulang dan masih membutuhkan observasi lebih lanjut.
6. Dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan PEB ini berisi kegiatan pencatatan, dan laporan otentik. Kegiatan yang berkaitan dengan pengolahan pasien dipergunakan untuk mengungkapkan sesuatu yang aktual dan dapat dipertanggung jawabkan.

5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan PEB di masa yang akan datang saran dari penulis antara lain :

1. Bagi Keluarga

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan pengetahuan yang bermanfaat bagi keluarga pasien tentang penyakit PEB sehingga rasa cemas yang muncul akibat penyakit yang diderita terhadap pasien dapat teratasi.

2. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa agar lebih meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Bagi Perawat

Bagi perawat ruangan khususnya di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya: sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat selalu berkordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan PEB.

4. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan referensi bagi rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan yang baik antara tim kesehatan maupun dengan pasien, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya dan khususnya pasien dengan PEB.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeyani, Alif., dkk. (2019). Kematian Janin Dalam Rahim Ditinjau dari Aspek Medis, Kaidah Dasar Bioetik, dan Keutamaannya dalam Tinjauan Islam. *UMI Medical Journal : Jurnal Kedokteran*, Vol. 4 No. 2
- Anggara, F.H.D., dan Prayitno, N. (2013). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1)
- Anggraini, et al. (2016). Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. VOL 19. No.3
- Angsar, M.D., (2010). Hipertensi dalam Kehamilan Ilmu dalam Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Edisi IV. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Ani Triana, dkk, 2015, Buku Ajar Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal, cet ke-1, Yogyakarta: Deepublish
- Ari, Sulistyawati, Esty Nugraheny. (2010). Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Jakarta: Salemba Medika.
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2009). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes (8th Ed.)*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Budiyarti, L. (2013). Home Based Exercise Training Dalam Mengatasi Dalam Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif. *Jurnal Karya Ilmiah Akhir*
- Bobak, Lowdermilk, Jense. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Chabibah, Nur dan Emi Nur L.(2015). Perbedaan Frekuensi Denyut Jantung Janin Berdasarkan Paritas dan Usia Kehamilan. *Jurnal Siklus Volume 6*. No 1.
- Coban, A, & Sirin, A. (2010). Effect of foot massage to decrease physiological lower leg oedema in late pregnancy: a randomized controlled trial in Turkey. *International Journal of Nursingpractice*.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. (2018). *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2015-2019*. Surabaya: Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Falco, Gemma et al. (2015). The Relationship between Stress and Diabetes Melitus. *JournalNeurology and Psychology*. Vol 3

- Halimuddin. (2010). Pengaruh Model aktivitas Dan Latihan Intensitas Ringan Klien Gagal Jantung Terhadap Tekanan Darah. *Jurnal Ilmu Keperawatan*
- Icemi Sukarni K, & Wahyu P. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas dielngkapi Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Keliat, B.A. (2012). Stres Manajemen. Dalam: kongres nasional keperawatan jiwa ix: Senggigi Nusa Tenggara Barat.
- Langelo, Wahyuni, dkk. (2012). Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar tahun 2011-2012. [Disertasi Ilmiah]. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Leksana, Ery. (2015). Dehidrasi dan Syok. *Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia CDK-228/ vol. 42 no. 5*
- Leveno, Kenneth J. (2010). *Obstetric Williams Panduan Ringkas*. Jakarta : EGC
- Marmi. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maryunani A. (2016). *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media
- Mitayani. (2011). *Asuhankeperawatan maternitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Norma Nita, Dwi Mustika. (2013). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta : NuhaMedika
- Nuryani. (2012). Hubungan Pola Makan, Sosial Ekonomi, Antenatal Care dan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kasus Preeklampsia di Kota Makassar. *Media Gizi Masyarakat Indonesia*. Vol.2. No.2
- Polii, Rivanli., dkk. (2016). Hubungan Kadar Natrium dengan Tekanan Darah Pada Remaja di Kecamatan Balongitang Barat Kabupaten Bolang Mongondow Utara. *Jurnal e-Biomedik (eBm)*, Volume 4, Nomor 2.
- Purwaningsih. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Purwoastuti dan Walyani. (2015). *Asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Pres
- RI, K. (2016). *Kesehatan Dalam Kerangka Sustainable Devel-opment Goals (SDGs)*(Jakarta).

- Romauli, Suryati. (2011). Buku Ajar ASKEB I: “Konsep Dasar Asuhan Kehamilan”. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiyah, Yulianti, Lia. (2010).Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita. Jakarta : Trans Info Medika
- Setyandari R dan Ani Margawati. (2017). Hubungan Asupan Zat Gizi dan Aktivitas Fisik dengan Status HB pada Pekerja Perempuan. Journal of Nutritional College. Volume 6, N0 1
- Stuart, G.W. (2013). Principles and practice of psychiatric nursing (10th edition). St.Louis: Elsevier Mosby
- Suprajitno.(2012).Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dalam Praktik.Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Surinati, I. D. A. K. (2011). *Perbedaan Berat Badan Lahir dan Berat Plasenta Lahir Pada Ibu Hamil Aterm Dengan Anemia Dan Tidak Anemia Di RSUD Wagay Kota Denpasar Tahun 2011*. Tesis. Denpasar
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI.(2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI.(2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI.(2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Wahyuningsih, Heni P & Siti Tyastuti, (2016). Praktikum Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan
- WHO, (2018) .Maternal Mortality. tersedia di : <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Winknjosastro, H. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yulfitria, Fauziah. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dalam Meningkatkan Pengetahuan Tentang Keputihan Patologis. MJ:3(2)

LAMPIRAN 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PREEKLAMPSIA PADA KEHAMILAN DI RUANG F1
RSPAL DR RAMELAN SURABAYA



Oleh
ALIFFAH ISTIQFARRIN
NIM.193.0007

PROGAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020



SATUAN ACARA PENYULUHAN PREEKLAMPSIA PADA KEHAMILAN DI RUANG F1 RSPAL DR RAMELAN SURABAYA

Pokok Bahasan	: Preeklampsia Pada Kehamilan
Sasaran	: Ny. A
Tempat	: Ruang F1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
Waktu	: Kamis, 12 Maret 2020
Pukul	: 10.00 – 10.45 WIB

A. Latar Belakang

Preeklampsia merupakan sindroma yang terjadi pada saat kehamilan masuk pada minggu kedua puluh dengan tandadan gejala seperti hipertensi, proteinuria, kenaikan berat badan yang cepat (karena edema), mudah timbul kemerah-merahan, mual, nyeri lambung, oliguria, gelisah, dan kesadaran menurun. Ciri khas diit ini adalah memperhatikan asupan garam dan protein. Menurut WHO tiap tahunnya diperkirakan 500.000 ibu meninggal akibat kehamilan dan persalinan, dimana 90% dari jumlah kematian tersebut terjadi di negara-negara berkembang. Preeklampsia merupakan masalah utama kesehatan ibu di seluruh dunia, khususnya di negara berkembang termasuk Indonesia, tingginya angka kematian yang disebabkan hipertensi dalam kehamilan atau preeklampsia dan eklampsia merupakan masalah di bidang obstetri, dan sampai saat ini yang menjadi penyebab dari kelainan ini juga belum diketahui secara pasti, oleh karena itu penanganannya belum definitif dan masih bersifat simptomatis. Teori-teori sulit untuk menentukan mana yang merupakan sebab, dan mana yang merupakan akibat, sehingga sampai saat ini pengelolaan hipertensi dalam kehamilan barulah secara empirik dan imptomatik. Sistem pola rujukan yang belum memadai (kasus terlantar dan lain-lain) menyebabkan pula tingginya morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh komplikasi penyakit. Page menyebutkan pada Preeklampsia dan eklampsia ditemukan adanya lingkaran setan (*Inner Vicious Circle*) yang akan menghilang setelah dilakukan terminasi kehamilan. Preeklampsia dan eklampsia merupakan satu kesatuan penyakit, yang langsung disebabkan oleh kehamilan,

walaupun belum jelas bagaimana hal itu dapat terjadi. Sindrome preeklamsia (ringan) dengan hipertensi, edema danproteinuria sering tidak diketahui atau tidak diperhatikan oleh wanita hamil, sehingga tanpa disadari dalam waktu singkat dapat terjadi preeklamsia berat bahkan eklamsia. Oleh karenaitu sangat penting pemeriksaan antenatal yang teratur, dan yang secara rutin mencari tanda-tanda preeklamsia dalam usaha pencegahan preeklamsia berat dan eklamsia.

B. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta mampu memahami tentang preeklamsia pada kehamilan

C. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 30 menit diharapkan peserta mampu :

1. Memahami pengertian dari preeklamsia
2. Mengetahui tanda dan gejala preeklamsia
3. Mengetahui diit nutrisi pada ibu hamil dengan preeklamsia

D. Waktu

Hari, Tanggal : Kamis, 12 Maret 2020
Tempat : Ruang F1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
Waktu : Pukul 10.00 – 10.45 WIB

E. Materi

Terlampir

F. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

G. Media

1. Leaflet

H. Proses Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Waktu (menit)	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran
1	Pembukaan	5 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Menyimak 3. Mendengarkan
2	Inti	15 menit	Menjelaskan : 1. Pengertian Covid-19 2. Upaya preventif penularan Covid-19 pada ibu hamil 3. Perawatan ibu hamil dengan penyakit Covid-19 4. Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya	1. Menyimak materi yang disampaikan 2. Mengajukan pertanyaan 3. Mendengarkan penyuluh 4. Menjawab pertanyaan 5. Respon peserta baik, tetap memperhatikan respon selama penyuluhan
3	Penutup	10 menit	1. Menyimpulkan 2. Evaluasi 3. Mengucapkan salam	1. Bertanya 2. Menyimak 3. Menjawab salam

I. Evaluasi

1. Kriteria Struktur

- a. Kegiatan dilakukan di Ruang perawatan F1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
- b. Pengorganisasian kegiatan dilakukan sebelum dan saat kegiatan berlangsung.

2. Kriteria Proses

- a. Peserta antusias terhadap materi yang diberikan.
- b. Peserta konsentrasi dan fokus mendengarkan materi.
- c. Peserta dapat mengajukan beberapa pertanyaan.

3. Kriteria Hasil

- a. Peserta memahami pengertian Preeklampsia
- b. Peserta mengetahui tanda dan gejala preeklampsia
- c. Peserta mengetahui diet nutrisi pada ibu hamil dengan preeklampsia

J. MATERI

1. PENGERTIAN PREEKLAMPSIA

Preeclampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Langelo *et al*, 2012).

Preeclampsia dan *eclampsia* merupakan penyakit hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema dan proteinuria setelah minggu ke 20 dan jika disertai kejang disebut *eclampsia*. (Nuryani *et al*, 2012).

Preeclampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis *preeclampsia* ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2014).

Preeklampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam disebut sebagai preeklampsia berat. Preeklampsia berat adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa (Maryunani, 2016).

2. ETIOLOGI PREEKLAMPSIA

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui, namun terdapat beberapa faktor risiko untuk terjadinya preeklampsia antara lain:

1. Primigravida

Primigravida diartikan sebagai wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Preeklampsia tidak jarang dikatakan sebagai penyakit

primigravida karena memang lebih banyak terjadi pada primigravida daripada multigravida. Primigravida mempunyai risiko lebih tinggi menderita preeklampsia (Sinclair, 2010). Preeklampsia dipengaruhi oleh gravida, wanita primigravida mempunyai risiko yang lebih besar sekitar 7-10% jika dibandingkan dengan multigravida (Leveno, 2010). Preeklampsia lebih sering dijumpai pada primigravida karena keadaan patologis telah terjadi sejak implantasi, sehingga timbul iskemia plasenta yang kemudian dengan sindroma inflamasi (Triana, 2015).

2. Primipaternitas

Primipaternitas adalah kehamilan anak pertama dengan suami yang kedua. Berdasarkan teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin dinyatakan bahwa ibu multipara yang menikah lagi mempunyai risiko lebih besar untuk terjadinya preeklampsia jika dibandingkan dengan suami yang sebelumnya.

3. Umur yang ekstrim

Kejadian preeklampsia berdasarkan usia banyak ditemukan pada kelompok usia ibu yang ekstrim yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun (Bobak, 2004). Menurut Potter (2005), tekanan darah meningkat seiring dengan penambahan usia sehingga pada usia 35 tahun atau lebih terjadi peningkatan risiko preeklampsia.

4. Hiperplasentosis

Hiperplasentosis ini misalnya terjadi pada mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes mellitus, hidrops fetalis, dan bayi besar.

5. Riwayat pernah mengalami preeklampsia

Wanita dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya memiliki risiko 5 sampai 8 kali untuk mengalami preeklampsia lagi pada kehamilan keduanya. Sebaliknya, wanita dengan preeklampsia pada kehamilan keduanya, maka bila ditelusuri ke belakang ia memiliki 7 kali risiko lebih besar untuk memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya bila dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami preeklampsia di kehamilannya yang kedua.

6. Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia

Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia akan meningkatkan risiko sebesar 3 kali lipat bagi ibu hamil. Wanita dengan preeklampsia berat cenderung memiliki ibu dengan riwayat preeklampsia pada kehamilannya terdahulu.

7. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil

Pada penelitian yang dilakukan oleh Davies dkk dengan menggunakan desain penelitian *case control study* dikemukakan bahwa pada populasi yang diselidikinya wanita dengan hipertensi kronik memiliki jumlah yang lebih banyak untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat penyakit ini.

8. Obesitas

Obesitas merupakan suatu penyakit multifaktorial yang terjadi akibat akumulasi jaringan lemak berlebihan sehingga dapat mengganggu kesehatan. Indikator yang paling sering digunakan untuk menentukan berat badan lebih dan obesitas pada orang dewasa adalah indeks massa tubuh (IMT). Seseorang dikatakan obesitas bila memiliki $IMT \geq 25$ kg/m². Obesitas merupakan faktor risiko yang telah banyak diteliti terhadap terjadinya preeklampsia. Obesitas memicu kejadian preeklampsia melalui beberapa mekanisme, yaitu berupa superimposed preeclampsia, maupun melalui pemicu-pemicu metabolit maupun molekul-molekul mikro lainnya. Risiko preeklampsia meningkat sebesar 2 kali lipat setiap peningkatan berat badan sebesar 5-7 kg/m² selain itu ditemukan adanya peningkatan risiko preeklampsia dengan adanya peningkatan IMT. Wanita dengan $IMT > 35$ sebelum kehamilan memiliki risiko empat kali lipat mengalami preeklampsia dibandingkan dengan wanita dengan IMT 19-27 (Wafiyatunisa dan Rodiani, 2016).

3. KLASIFIKASI DAN MANIFESTASI KLINIS

Menurut Nita dan Mustika (2013) Preeklampsia digolongkan ke dalam preeklampsia ringan dan preeklampsia berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut:

1. Preeklampsia Ringan:

Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas.

Tanda-tanda preeklampsia ringan :

- a. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, yaitu kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
- b. Edema umum, kaki, jari, tangan, dan wajah atau kenaikan BB 1 kg atau lebih per minggu.
- c. Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter / midstream.

2. Preeklampsia Berat

Pre-eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Preeklampsia dikatakan berat apabila ditemukan satu atau lebih tanda-tanda di bawah ini:

- a. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih.
- b. Proteinuria 5 gram atau lebih per liter.
- c. Oiguria jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam.
- d. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa
- e. Nyeri di epigastrium.
- f. Ada edema paru dan sianosis

4. KOMPLIKASI

Rukiyah dan Yulianti (2010) mengatakan bahwa komplikasi yang terberat ialah kematian ibu dan janin. Usaha utama ialah melahirkan bayi hidup dari ibu yang menderita preeklampsia dan eklampsia.

1. Solusio plasenta. Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada preeklampsia
2. Hipofibrinogenemia

3. Hemolisis. Penderita dengan preeklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus.
4. Perdarahan otak. Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia
5. Kelainan mata. Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung sampai seminggu, dapat terjadi
6. Edema paru-paru
7. Nekrosis hati. Nekrosis periportal hati pada preeklampsia eklampsia merupakan akibat vasospasmus arteriol umum. Kelainan diduga khas untuk eklampsia, tetapi ternyata juga ditemukan pada penyakit lain.
8. Sindroma HELLP, yaitu hemolisis, elevated liver enzymes, dan low platelet
9. Kelainan ginjal. Kelainan ini berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitiplasma sel endotel tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya
10. Komplikasi lain. Lidah tergigit, trauma dan fraktura karena jatuh akibat kejang-kejang pneumonia aspirasi, dan DIC
11. Prematuritas, dismaturitas, dan kematian janin intrauterine

Marmi, dkk (2010) mengatakan bahwa bahaya eklampsia yaitu bahaya bagi ibu dan janin:

a. Bagi ibu

Perbedaan konvulsi dan kelelahan, jika frekuensi berulang hati gagal berkembang. Jika kenaikan hipertensi banyak, pada ibu dapat terjadi cerebral hemorrhage. Pasien dengan edema dan oliguria perkembangan paru-paru dapat bengkak atau gagal ginjal. Inhalasi darah atau mucus dapat menunjukkan asfiksia atau pneumonia. Dapat terjadi kegagalan hepar. Dari komplikasi-komplikasi ini dapat terjadi kefatalan.

Terjadnya kematian maternal. Kematian maternal yaitu acute vascular accident, kerusakan pusat vital pada medula oblongata, trauma akibat konvulsi, perdarahan pasca partum atau perdarahan solusio plasenta, dan kegagalan total organ vital (kegagalan fungsi liver, kegagalan fungsi

ginjal, dekompensasio kordis akut/ cardiac arrest, kematian perinatal janin intrauteri).

b. Bagi janin

Pada preeklampsia antenatal, janin dapat terpengaruh dengan ketidakutuhan plasenta. Ini menunjukkan retardasi pertumbuhan intrauterine dan hipoksia. Selama sehat ketika ibu berhenti bernafas supply oksigen ke janin terganggu, selanjutnya berkurang.

Kematian perinatal janin intrauteri terdiri dari akibat solusio plasenta, asfiksia berat intrauteri akibat vasokonstriksi berat, bila hasil konsepsi tetap hidup dapat terjadi berat badan lahir rendah dan intrauterine growth retardation (IUGR).

5. PENATALAKSANAAN

a. Preeklampsia ringan

Dapat dilakukan observasi dirumah atau di rumah sakit tergantung kondisi umum pasien. Jika umur bayi masih prematur, maka diusahakan keadaan umum pasien dijaga sampai bayi siap dilahirkan. Proses kelahiran sebaiknya dilakukan di rumah sakit dibawah pengawasan ketat dokter spesialis kandungan. Jika umur bayi sudah cukup, maka sebaiknya segera dilahirkan baik secara induksi (dirangsang) atau operasi.

b. Preeklampsia berat

Dilakukan perawatan intensif dirumah sakit guna menjaga kondisi ibu dan bayi yang ada di dalam kandungannya. Penanganan lanjutan sama dengan preeklampsia ringan.


6. DIET NUTRISI PADA IBU HAMIL DENGAN PE

Ciri khas diet preeklamsi adalah memperhatikan asupan garam dan protein.

1. Tujuan dari pengaturan diet pada preeklamsi adalah :
 - a. Mencapai dan mempertahankan status gizi normal.
 - b. Mencapai dan mempertahankan tekanan darah normal.
 - c. Mencegah dan mengurangi retensi garam dan air.
 - d. Menjaga keseimbangan nitrogen
 - e. Menjaga agar penambahan berat badan tidak melebihi normal.

- f. Mengurangi atau mencegah timbulnya resiko lain atau penyulit baru pada saat kehamilan atau persalinan.
2. Syarat dari pemberian diet preeklamsiadalah :
 - a. Energi dan semua zat gizi cukup, dalam keadaan berat makanan diberikan secara berangsur sesuai dengan kemampuan pasien menerima makanan.
 - b. Penambahan energi tidak melebihi 300 kkal dari makanan atau diet sebelum hamil.
 - c. Garam diberikan rendah sesuai dengan berat/ringannya retensi garam atau air.
 - d. Penambahan berat badan diusahakan dibawah 3 kg / bulan atau dibawah 1kg / minggu.
 - e. Protein tinggi (1 ½-2 Kg BB)
 - f. Lemak sedang berupa lemak tidak jenuh tunggal dan lemak tidak jenuh ganda.
 - g. Vitamin cukup, Vit C dan B6 diberikan sedikit lebih banyak.
 - h. Mineral cukup terutama kalsium dan kalium.
 - i. Bentuk makanan disesuaikan dengan kemampuan makan pasien.
 - j. Cairan diberikan 2500 ml sehari pada saat oliguria, cairan dibatasi dan disesuaikan dengan cairan yang dibutuhkan tubuh.
 3. Jenis diet Preeklamsi:
 - a. Diet Preeklamsi Berat
 - 1) Makanan ini diberikan dalam bentuk cair yang terdiri dari susu dan sari buah.
 - 2) Jumlah cairan diberikan paling sedikit 1500 ml sehari
 - 3) Makanan ini kurang energi dan zat gizi karenanya hanya diberikan selama 1-2 hari.
 - b. Diet Preeklamsi Ringan
 - 1) Makanan ini mengandung protein tinggi dan garam rendah.
 - 2) Diberikan dalam bentuk lunak atau biasa.
 - 3) Makanan ini cukup semua zat gizi, jumlah energi harus disesuaikan dengan kenaikan BB.

LAMPIRAN 2

 STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM	
Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat mengurangi ketegangan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah
Tujuan	Untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu dapat menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan
Tahap Prainteraksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi data klien (nama, no identitas, tgl lahir) 2. Mencuci tangan
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien atau keluarga 3. Melakukan kontrak waktu dengan klien 4. Menanyakan kesiapan klien (informed consent)
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi klien agar rileks, tanpa beban fisik. Posisi dapat duduk atau jika tidak mampu dapat berbaring di tempat tidur. 2. Instruksikan klien untuk menarik atau menghirup nafas dalam dari hidung sehingga rongga paru-paru terisi oleh udara melalui hitungan 1, 2, 3, 4 kemudian ditahan sekitar 3-5 detik. 3. Instruksikan klien untuk menghembuskan nafas, hitung sampai tiga secara perlahan melalui mulut. 4. Instruksikan klien untuk berkonsentrasi supaya rasa cemas yang dirasakan bisa berkurang, bisa dengan memejamkan mata. 5. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga kecemasan pasien berkurang. 6. Ulangi sampai 10kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali. 7. Lakukan maksimal 5-10menit
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien 2. Menjelaskan apabila membutuhkan perawat, bisa memanggil di ruang keperawatan 3. Berpamitan dengan klien, dengan komunikasi terapeutik.
Referensi	Rosyidi, Kholid.2013. Prosedur Praktik Keperawatan. Jakarta: TIM

LAMPIRAN 3***CURRICULUM VITAE***

Nama : Aliffah Istiqfarrin
Tempat, Tanggal Lahir : Gresik, 02 Maret 1996
Alamat : Jl. Raya Mulung 14/7 Driyorejo - Gresik
Email : alifaistiqfarin@gamil.com

Riwayat Pendidikan :

- | | |
|---|------------------|
| 1. SDN 2 Mulung | Lulus Tahun 2008 |
| 2. SMP Negeri 1 Driyorejo | Lulus Tahun 2011 |
| 3. SMK Kesehatan Mitra Sehat Mandiri Sisoarjo | Lulus Tahun 2014 |
| 4. D3 STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun 2017 |

Pekerjaan :

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| 1. Poliklinik Putri Rahayu Surabaya | 2017 – 2019 |
| 2. Klinik Cipta Medika | 2019 – sekarang |

LAMPIRAN 4***Motto dan Persembahan***

***“Life is like riding a bicycle. To keep your balance, you must keep moving –
Albert Einstein”***

Saya persembahkan skripsi yang sederhana ini kepada :

1. *Allah SWT atas segala limpahan rahmat, nikmat, dan karunianya sehingga saya diberikan kesehatan dan bisa menyelesaikan tugas akhirku.*
2. *Kedua orangtua ku bapak dan ibu yang selalu memberikan doa, dukungan dan semangat kuliah untuk menyelesaikan tugas skripsi ini.*
3. *Dosen pembimbing Ibu Puji Hastuti S.Kep., Ns., M.Kep yang sudah memberi bimbingan dan memberi arahan, terimakasih atas kesabaran ibu.*
4. *Adik saya Kun Ma'rifattin yang selalu memberi dukungan dan doa yang terbaik untukku.*
5. *Sahabatku Gengs Comel yang selalu memberi semangat dan dukungan meskipun terpisah jarak.*
6. *Septa Rezita dan Nirmala Novianti yang dengan senang hati selalu saya reportkan.*
7. *Teman seperjuangan A10 yang selama ini selalu saling mendoakan dan saling memberi semangat dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.*
8. *Teletubbies Geng Cimed yang selalu memberi semangat dan mau direpotkan selama pengerjaan tugas akhir.*