

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.K DENGAN G1 P0 A1
HAMIL 25 MINGGU DI RUMAH SAKIT UMUM DI KOTA MAKASSAR**



DISUSUN OLEH DAN DI AJUKAN OLEH :

KLETUS DIKAT

NIM C017201006

PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2023

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah in

NAMA : Kletus Dikat

NIM : C017201006

INSTITUSI : D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan pada klien Ny.K Dengan G1 P0 A1 di Rumah Sakit umum kota Makassar, Adalah benar-benar hasil dari kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabilah dikemudian hari terbukti atau dapat atau dapt dibukti studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar 11 Mei 2023

YANG MEMBLIAT PERNYATAAN



KLETUS DIKAT

HALAMAN PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmia, Disusun dan diajukan oleh

NAMA : Kletus Dikat
NIM : C017201006
PROGRAM STUDI : D.III Keperawatan
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan kasus G1 P0 A2

Karya Tulis Ilmia ini telah di periksa isi serta susunan sehingga dapat diajukan dalam ujian
Karya Tulis Ilmia Program Studi D III Keperawatan Fakultas keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyetujui :

Pembimbing I



Indra Gaffar, S. Kep.,Ns.,M. Kep
NIP.198109252006042009

Pembimbing II



Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.1983121920101222004

Menyetujui

Ketua program studi Keperawatan



Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.1983121920101222004

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN KASUS G2 P0 A1
DI RUMAH SAKIT UMUM DAYA KOTA MAKASSAR

Disusun dan Diajukan oleh ;

KLETUS DIKAT

NIM C017201006

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di depan tim penguji sidang program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, pada :

Hari : Rabu
Tanggal : 13 Desember 2023
Waktu : 13.00.15.00
Tempat : Ruangan KP 104

Tim Penguji : Karya Tulis Ilmiah :

Pembimbing I : Indra Gaffar, S.Kep., M.Kep

Pembimbing II : Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penguji I : Prof. Dr. Elly Lilianty Syattar, S.Kep., M.Kes

Penguji II : Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp .Kep.MB

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui :

Ketua program studi D .III Keperawatan


Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.198312192010122004

RIWAYAT HIDUP



DATA DIRI :

NAMA : KLETUS DIKAT
TEMPAT /TANGGAL LAHIR : YASIUW -14 DESMBER 2002
JENIS KELAMIN : LAKI LAKI
SUKU BANGSA : ASMAT/ INDONESIA
AGAMA : KATOLIK
No. Telepon : 081242918713
EMAIL : KLETUSDIKAT621@EMAIL.COM
ALAMAT : WISMA 2 UNHAS TAMALANREA JAYA

RIWAYAT PENDIDIKAN

SD : SD YPPK SANTO PAULUS ATSJ
SMP : SMP NEGERI 1 ATSJ
SMA : SMA NEGERI 1 ATSJ

ABSTRAK

Kletus Dikat. Asuhan keperawatan pada NY. K Dengan G2 P0 AI hamil dengan Usia Gestasi 35 Minggu Rumah Sakit Umum Daya Kota Makassar Tahun 2023 (dibimbing oleh Indra Gaffar dan Nurmaulid)

Pada masa kehamilan terjadi perubahan fisik dan psikologi. Perubahan tersebut berbeda beda pada tiap triemeter kehamilan dan ibu juga di tuntut untuk berhati hati dalam melakukan aktivitas dan menjaga pola hidup dan pola makan. Adapun factor-faktor resiko pada kehamilan yang diantaranya preeklamsi. Preeklamsi merupakan gangguan hipertensi dalam kehamilan yang terjadi tinggi. preeklamsi adalah penyakit kehamilan yang berkisar dari hipertensi ringan sampai berat dan disertai dengan mendasari sistemik patologi yang dapat memiliki dampak ibu dan janin yang parah (chapman & durham 2010) . teknik pengumpulan data di ambil dengan cara wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada format pengkajian keperawatan yang berfokus pada ibu hamil.

Pada tahap pengkajian klien mengeluh susah tidur dimalam hari ,sulit untuk memulai tidur dan terbangun di malam hari di karenakan klien merasa sesak pada perutnya dan merasa nyeri pada bokongnya sampai ke punggungnya pada saat duduk terlalu lama. Selain Ny.K juga memiliki darah tinggi 156/100 mmHg dan ke dua kakinya bengkak. Dari hasil pengkajian penulis mendapatkan 4 masalah keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif, nyeri akut, gangguan pola tidur, dan resiko cederah pada janin. Dari masalah diatas penulisan menyusun intervensi keperawatan dan melakukan imlementasi serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil.

Kata kunci : askep preeclampsia

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada tuhan yang maha Esa, karena atas berkat dan rahamt nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Adapun maksud dan tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini untuk melengkapi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Selama penuis karya tulis ini banyak hambatan yang penulis alami , namun berkat bantuan, dan dorongan serta bibingan dari berbagai pihak, akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik .oleh karna kepada itu , penulisan mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada :

1. Prof.Dr. Jamaluddin, M.Sc, Selaku Rektor Univrsitas Hasanuddin .
2. Dr, Ariyanty Selah, S.Kp.,M.Kes, selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Hasanddin
3. Elisa Kambu,S.sos.selaku bupati pemerintah daerah kabupaten asmat yang telah memberikan saya beasiswa kuliahan di Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Syarul said, S,Kep.,Ns,. M.,Kep.,PhD,selaku wakil dekan bidang akademik, riset dan inivasi fakultas keperawatan
5. Dr. Erfina,S.Kep,. Ns., M.Kep,selaku wakil dekan bidang perencanaan dan sumber daya fakultas keperawatan
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku wakil dekan bidang kemahasiswaan , alumni keperawatan dan kementrian fakultas kepeprawatan
7. Dr. Suni Harianti, S.Kep., Ns.,M. Kep, selaku ketua gugus penjaminan mutu dan fakultas keperawatan
8. Nurmaulid ,S.,Kep.,Ns.,M.Kep, selaku ketua prodi studi D.III Keperawatan dan sebagai pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan bertanda tangan, dalam memberikan masukan dan arahan selama melanjutkan pendidikan di program studi D.III Kepeprawatan dan dalam penyusunan karya tulis ini
9. Dr. Betsy herlina pongkreun, selaku kepala puskesmas tamalanreah jayakota makassar yang telah menyediakan sarana, tempat waktu dalam pengambilan data untuk karya tulis ilmiah ini

10. Indra gaffar, S.Kep.,Ns.,Kep, selaku pembimbing I sekaligus penguji I yang telah meluangkan waktu dan tenagahnya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan karya tulis ini
11. Tuti Seniwati .,S.Kep.,Ns.M.Kep,selaku
12. Seluruh pengelola prodi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan yang telah membantu kami dan kasih arahan,masukan
13. Hj. Hasrawati, S.Tr.Kep, selaku preseptor lahan yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk mendampingi dan membimbing penulisan dalam pengambilan data
14. Klien Ny. K Dan Keluarganya yangg telah meluangkan waktu dam tempat ,serta telah bekerja sama dalam meberikan informasi selama pengumpulan data
15. dapat Keluarga saya yaitu Bapak, Ibu, Kaka, Adik, yang selalu memberi semangat ,mensupport dan mendoakan saya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga dapat selesai tepat waktu
16. Rekan rekan mahasiswa angkatan 2020 yang telah memberikan semangat dan berbagai bantuh hingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Seperti pribahasa , tak ada gading yang tak retak “penulisan menyadari sepenuhnya, bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangna dan masih jauh dari kata sempurna. hal ini sebabkan terbatasnya kemampuan dan pengetahuan penulisan.oleh karena itu penulisan mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun. Akhir kata,semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi para pembacanya.

Makassar, 13 Desember 2023

Kletus Dikat

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
ABSTRAK.....	V
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	X
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	2
B. Tujuan penulisan.....	3
C. Metode penulisan.....	4
BAB II TUJUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep dasar penyakit.....	6
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi fisiologi.....	6
3. Etiologi.....	8
4. Factoribu hamil dengan preeklamsi dengan resiko Cedera pada janin.....	9
5. Insiden.....	10
6. Patofisiologi.....	11
7. Manifestasi klinik.....	12
8. Tes diagnostic.....	13
9. Penatalaksanaan medic.....	14
B. Konsep dasar asuhan keperawatan.....	15
1. Pengkajian keperawatan.....	16
2. Diagnosa keperawatan.....	17
3. Rencana keperawatan.....	18
4. Tindakan keperawatan.....	19
5. Evaluasi keperawatan.....	20
BAB III TUJUAN KASUS.....	21
A. Pengkajian keperawatan.....	22
B. Diagnosa keperawatan.....	23
C. Rencana keperawatan.....	24
D. Tindakan keperawatan.....	25
E. Evaluasi keperawatan.....	26

BAB IV PEMBAHASAN.....	27
A. Pengkajiankeperawatan.....	28
B. Diagnosa keperawatan.....	29
C. Rencana keperawatan.....	30
D. Tindakan keperawatan.....	31
E. Evaluasi keperawatan.....	32
BAB V PENUTUP.....	33
A. Kesimpulan.....	34
B. Saran	35
DAFTAR PUSTAK.....	36
DAFTAR TABEL.....	37
LAMPIRAN LAMPIRAN.....	38

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 intervensi keperawatan	21
Tabel 3.1 riwayat kehamilan.....	26
Tabel 3.2 analisa data.....	31
Tabel 3.3 intervensi keperawatan.....	33
Tabel 3.2 implementasi.....	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran SAP.....	58
Lampiran poster.....	59
Lampiran 1 lembar konsultasi pembimbing 1.....	60
Lampiran 1 lembar konsultasi pembimbing II.....	61

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kehamilan merupakan proses yang alamiah dan normal. Perubahan terjadi pada wanita ibu hamil bersifat fisiologis, bukan patologis. Walau tidak dipungkiri dalam beberapa kasus mungkin dapat terjadi komplikasi sejak awal karena kondisi tertentu atau komplikasi tersebut terjadi kemudian. Ibu hamil juga perlu merasakan adanya tanda-tanda bahaya dalam kehamilan ini tidak di laporkan atau terdeteksi dapat mengancam jiwa (Marni2011)

Masa kehamilan adalah proses mata rantai yang berkesinambungan terdiri dari ovulasi (pelepasan ovum) dan terjadi migrasi spermatozoa dari ovum pada saat terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai atrem (Bobak, 2004). Kehamilan juga adalah masa dimulainya konsep sampai lahirnya janin. Lama kehamilan normal adalah 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari, di hitung dari hari pertama haid terakhir (Manuaba, 2002).

Laporan survey Demografi dan kesehatan indonesai (SDKI) tahun 2017 menyajikan tentang gangguan atau komplikasi kehamilan yang di alami oleh wanita 15-49 tahun yang memiliki kelahiran hidup terakhir dalam 5 tahun sebelum survey. 8 dari 10 (81%) wanita tidak mengalami selama hamil. Diantara wanita 5% mengalami perdarahan berlebihan, masing-masing 3% mengalami muntah terus menerus dan bengkak pada kaki, tangan dan wajah, sakit kepala yang di sertai dengan kejang, seta masing-masing 2% mengalami mules sebelum 9 bulan dan ketuban pecah dini. 8% wanita mengalami keluhan kehamilan lainnya, di antaranya demam tinggi, kejang dan pingsan, anemia serta hipertensi (SDKI 2017).

Preeklamsia merupakan gangguan hipertensi dalam kehamilan yang kejadiannya tinggi. Preeklamsia adalah penyakit kehamilan yang berkisar dari hipertensi ringan sampai berat dan disertai dengan mendasari sistemik patologi yang dapat memiliki dampak ibu dan janin yang parah (Chapman & Durham 2010)

Lebih dari 80% kematian ibu di 30 negara di dunia disebabkan oleh komplikasi kebidanan (obstetric), yaitu perdarahan, infeksi, aborsi yang tidak aman, preeklampsia/ eklampsia, dan persalinan macet. Lima penyebab utama kematian ibu ini merupakan tiga perempat dari seluruh penyebab kematian ibu (Frontieres, 2012). Sembilan puluh Sembilan persen kematian yang berhubungan dengan kehamilan terjadi di Negara berkembang. Dari kematian ini, WHO menyebutkan preeklampsia/ eklampsia sebagai penyebab utama kedua (setelah perdarahan postpartum) pada morbiditas dan mortalitas ibu (Bender and Ryan, 2013).

Preeklampsia memiliki dampak negatif yang sangat besar pada derajat kesehatan ibu dan perinatal, terutama di Negara berkembang. Penyakit ini adalah penyebab utama hampir sepertiga dari 1 juta kematian ibu di Negara-negara berkembang dan merupakan penyumbang proporsi besar lebih dari 6 juta kematian perinatal. Seperti 8 juta kelahiran premature dan hampir 20 juta bayi berat lahir rendah (Bilano et al, 2014).

Petugas kesehatan memegang peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya yang dilakukan petugas kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan termasuk dalam upaya penanganan kasus preeklampsia. Ada pun peran tenaga kesehatan menurut Potter dan Perry (2007) macam-macam peran tenaga kesehatan di bagi menjadi beberapa, yaitu: sebagai komunikator, sebagai motivator, sebagai fasilitator dan konselor.

Pentingnya penatalaksanaan tentang bahayanya preeklampsia pada ibu hamil sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklampsia di wilayah kerja Rumah Sakit Daerah Kota Makassar.

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan umum

Untuk mempelajari Asuhan Keperawatan pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia wilayah kerja Rumah Sakit Daerah Kota Makassar tahun 2023.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mendapat gambaran data yang tercantum dalam teori dan hasil pengkajian pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia di wilayah kerja Rumah Sakit Daerah Kota Makassar tahun 2023.
- b. Untuk mendapatkan gambaran diagnosa keperawatan pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia di wilayah kerja Rumah Sakit daerah Kota Makassar tahun 2023.
- c. Untuk mendapatkan gambaran intervensi keperawatan yang terdapat dalam teori dan intervensi yang di berikan pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia di wilayah kerja Rumah Sakit Daerah Kota Makassar tahun 2023.
- d. Untuk mendapatkan gambaran implementasi keperawatan yang terdapat dalam teori dan implementasi yang di berikan pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia di wilayah kerja Rumah Sakit Daerah Kota Makassar tahun 2023.
- e. Untuk mendapatkan gambaran evaluasi dari implmentasi yang telah di laksanakan pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia di wilayah kerja Rumah Sakit Daerah Kota Makassar tahun 2023.

C. MANFAAT PENULISAN

1. Manfaat bagi bidang unit pelayanan kesehatan Menjadi inspirasi bagi puskesmas dan tenaga kesehatan khususnya perawat yang ada di puskesmas dalam mengambil langkah-langkah serta tindakan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada ibu hamil.
2. Manfaat bagi bidang akademi Menjadi sumber pengetahuan untuk lebih meningkatkan mutu pendidikan keperawatan dimasa yang akan datang.

3. Manfaat bagi masyarakat/keluarga/klien Memberi informasi dan pengetahuan bagi masyarakat/keluarga/ klien untuk mengetahui Asuhan Keperawatan yang merupakan salah satu tindakan dalam pemecahan masalah dan perawatan kesehatan ibu hamil.
4. Manfaat bagi perkembangan profesi keperawatan Menjadi inspirasi dan pengetahuan untuk perkembangan profesi kesehatan terutama profesi keperawatan dalam mengambil langkah-langkah dan tindakan dalam rangka pelayanan keperawatan pada ibu hamil.

D. METODE PENELITIAN

1. Desain penelitian

Desain yang digunakan adalah deskriptif dengan metode studi kasus

2. Tempat dan waktu pelaksanaan

Studi Asuhan Keperawatan dilaksanakan selama 3 hari yaitu pada tanggal 31 Mei s/d 02 Juni 2022 di ruang KIA Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar.

3. Sumber dan pengumpulan data

- a. Sumber data

- 1) Data primer: Data yang diperoleh dari klien dengan cara melakukan pengkajian.
 - 2) Data sekunder: Data yang diperoleh dari buku KIA.

- b. Teknik pengumpulan data

- 1) Wawancara

Melakukan wawancara secara langsung pada klien dengan mengajukan pertanyaan.

- 2) Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pada klien dengan menggunakan cara inspeksi, palpasi, dan asukultasi.

- 3) Observasi

Melakukan pemantauan langsung dengan cara melakukan pemeriksaan kesehatan pada klien.

4) Studi dokumentasi

Mempelajari dokumen hasil penelitian yang berhubungan dengan kasus yang diteliti oleh penulis

5) Diskusi

Melakukan diskusi dengan pembimbing lahan dan pembimbing institusi terkait kasus yang diteliti penulis.

6) Studi keputusan

Mempelajari jurnal dan bukun yang berkaitan dengan kasus yang diteliti.

4. Analisa data

Analisa data dilakukan dengan melakukan identifikasi antara teori dan temuan pada kasus dengan berpedoman pada tahapan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR PREEKLAMPSIA

1. Pengertian

Preeklamsia merupakan penyulit dalam kehamilan yang kejadiannya senantiasa tinggi. Faktor ketidaktahuan tentang gejala awal oleh masyarakat merupakan penyebab keterlambatan pengambilan tindakan yang dapat berakibat buruk bagi ibu maupun janin.

Dari kasus kehamilan yang dirawat di rumah sakit, 3 – 5 % merupakan kasus preeklamsia atau eklamsia (Manuaba, 1998). Masih tingginya angka kejadian menunjukkan gambaran umum tingkat kesehatan ibu hamil dan tingkat kesehatan masyarakat pada umumnya. Besarnya efek komplikasi preeklamsia terhadap tingginya angka kematian ibu dan janin, sudah selayaknya dilakukan upaya pencegahan dan penanganan kasus preeklamsia.

Preeklamsai merupakan penyakit yang diderita oleh ibu hamil yang ditandai dengan adanya hipertensi, oedema, dan proteinuria, dimana gejalanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih (Rustam Muchtar, 1998).

2. Anatomi fisiologis

a. Sistem Reproduksi

Uterus : pada trimester III isthmus lebih nyata menjadi bagian dari korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah Rahim (SBR). Kontraksi otot-otot bagian atas uterus menjadikan SBR lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal segmen bawah yang lebih tipis .



Gambar 2.1 kehamilan trimester 3 dan stria gravidarum.

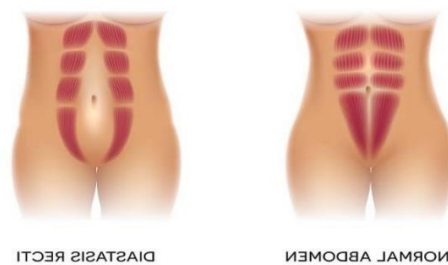
b. Sistem perkemihan

Keluhan sering kencing akan timbul lagi karena pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodilusi yang menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

Pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan akibat adanya kolon rektosigmoid disebelah kiri. Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin lebih banyak dan memperlambat laju aliran urin.

c. Sistem muskuloskeletal

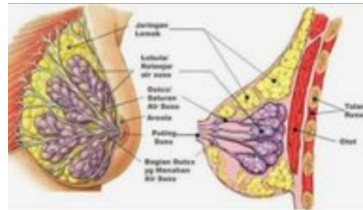
Selama trimester ketiga, otot rektus abdominalis dapat memisah menyebabkan isi perut menonjol di garis tengah. Umbilicus menjadi lebih datar atau menonjol. Setelah melahirkan, tonus otot secara bertahap kembali tetapi, pemisahan otot (diastasis recti) menetap. Di lain pihak, sendi pelvis pada saat kehamilan sedikit dapat bergerak. Postur janin membesar dalam abdomen. Untuk mengkompensasikan penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri tulang punggung pada wanita.



Gambar 2.2 Perubahan sistem muskuloskeletal

Payudara yang besar dan posisi bahu yang bungkuk saat berdiri akan semakin membuat kurva punggung dan lumbal menonjol. Pergerakan menjadi lebih sulit. Kram otot-otot tungkai dan kaki merupakan masalah umum selama kehamilan. penyebabnya tidak diketahui, tetapi berhubungan dengan metabolisme otot, atau

postur yang tidak seimbang. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Akan tetapi wanita yang tua dapat mengalami gangguan punggung atau nyeri punggung yang cukup berat selama kehamilan.



Gambar 2.3 Perubahan payudara

d. Sistem kardiovaskuler

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring dengan pembesaran uterus, walaupun aliran darah uterus meningkat, ukuran konseptus meningkat lebih cepat. Akibatnya lebih banyak oksigen diambil dari darah uterus selama masa kehamilan lanjut. Pada kehamilan cukup bulan, seperenam volume darah total ibu berada di dalam sistem peredaran darah uterus. Tekanan arteri maternal, kontraksi uterus dan posisi maternal mempengaruhi aliran darah

e. Berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg penambahan berat badan dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan berkisar 11-12 kg.

f. Sistem pernafasan

Pada umur kehamilan 32 minggu keatas, usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak dan mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas. (Ina Kuswanti, 2014).

3. Etiologi

Penyebab preeklamsia sampai sekarang belum diketahui secara pasti, tetapi Pada umumnya disebabkan oleh (vasopasme arteriola). Faktor – faktor lain yang dapat diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeklamsia yaitu sebagai berikut (sutrimah, 2015).

a. Usia Ibu

Usia merupakan usia individu terhitung mulai saat individu dilahirkan sampai saat berulang tahun, semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam proses berfikir. Insiden tertinggi pada kasus preeklampsia pada usia remaja atau awal usia 20 tahun, namun prevalensinya meningkat pada wanita dengan usia diatas 35 tahun.

b. Usia Kehamilan

Preeklampsia biasanya akan muncul setelah usia kehamilan minggu ke 20, gejalanya yaitu kenaikan tekanan darah. Jika terjadi di bawah usia kehamilan 20 minggu, masih dikategorikan dalam hipertensi kronik. Sebagian besar kasus preeklampsia terjadi pada minggu > 37 minggu dan semakin tua usia kehamilan maka semakin berisiko terjadinya preeklampsia.

c. Paritas

Paritas merupakan keadaan seorang ibu yang melahirkan janin lebih dari satu. Menurut Manuaba paritas adalah wanita yang pernah melahirkan dan dibagi menjadi beberapa istilah:

- 1) Primigravida: seorang wanita yang telah melahirkan janin untuk pertama kalinya.
- 2) Multipara: seorang wanita yang telah melahirkan janin lebih dari satu kali.
- 3) Grande Multipara: wanita yang telah melahirkan janin lebih dari lima kali.

d. Riwayat Hipertensi / preeklampsia

Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya adalah faktor utama. Kehamilan pada wanita yang memiliki riwayat preeklampsia sebelumnya berkaitan dengan tingginya kejadian preeklampsia berat, preeklampsia onset dini, dan dampak perinatal yang buruk (Lalenoh, 2018).

e. Genetik

Riwayat preeklampsia pada keluarga juga dapat meningkatkan risiko hampir tiga kali lipat adanya riwayat preeklampsia. Pada ibu dapat meningkatkan risiko sebanyak 3,6 kali lipat (Lalenoh, 2018).

f. Penyakit Terdahulu (Diabetes Militus)

Jika sebelum hamil ibu sudah terdiagnosis diabetes, kemungkinan akan terkena preeklampsia meningkat 4 kali lipat. Sedangkan untuk kasus hipertensi, prevalensi preeklampsia pada ibu dengan hipertensi kronik lebih tinggi dari pada ibu yang tidak menderita hipertensi kronik.

g. Obesitas

Terjadinya peningkatan risiko munculnya preeklampsia pada setiap peningkatan indeks masa tubuh. Sebuah studi kohort mengemukakan bahwa ibu dengan indeks masa tubuh >35 akan memiliki risiko mengalami preeklampsia sebanyak 2 kali lipat.

h. Bad Obstetrik History

Ibu hamil yang pernah mempunyai riwayat preeklampsia, kehamilan molahidatidosa, dan kehamilan ganda kemungkinan akan mengalami preeklampsia pada kehamilan selanjutnya, terutama jika diluar kehamilan menderita tekanan darah tinggi menahun.

4. Faktor-Faktor Kejadian Preeklamsia

Faktor terjadinya risiko cedera pada janin terkait dengan kejadian ibu hamil dengan preeklamsia berat menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017 yaitu sebagai berikut:

- a. Usia ibu (35 tahun)
- b. Paritas banyak
- c. Riwayat persalinan sebelumnya
- d. Pola makan yang tidak sehat

5. Insiden

Preeklamsia adalah sindrom yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria yang muncul pada trimester kedua kehamilan. Preeklamsia ini biasanya akan pulih diperiode postnatal. Preeklamsia bisa terjadi pada antenatal, intranatal, postnatal. Ibu yang mengalami hipertensi akibat kehamilan berkisar 10%, 3-4% diantaranya mengalami preeklamsia, 5% mengalami hipertensi dan 1-2 % mengalami hipertensi kronik. Penyebab tertinggi angka kematian ibu dan janin adalah disebabkan karena Preeklamsia (Robson dan Jason, 2014) .

World Health Organization (WHO) melaporkan mengenai status kesehatan nasional pada capaian target Sustainable Development Goals (SDGs) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat Angka Kematian Ibu sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio Angka Kematian Ibu masih dirasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2017).

Angka kejadian preeklampsia di RSUD A Purwokarta tahun 2018 sebanyak 198 kasus bersalin secara spontan maupun SC, sedangkan tahun 2019 kasus preeklampsia mengalami penurunan menjadi 192 kasus bersalin secara spontan maupun SC. Penyebab kematian ibu karena preeklampsia di RSUD A Purwokarta tahun 2018 sebanyak 3 kasus dan tahun 2019 sebanyak 2 kasus (Rekam Medik RSUD A Purwokarta, 2019).

Pre-eklampsia Berat (PEB) masih merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu apabila tidak ditangani secara adekuat. Preeklampsia dapat menimbulkan berbagai komplikasi yang membahayakan bagi ibu dan janin, sehingga dapat menimbulkan kematian. Salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan janin adalah pre-eklampsia berat (PEB), angka kejadiannya berkisar antara 0,51%-38,4%. Di negara maju angka kejadian preeklampsia berat berkisar 6- 7% dan eklampsia 0,1-0,7%. Sedangkan angka kematian ibu yang diakibatkan preeklampsia berat dan eklampsia di negara berkembang masih tinggi (SDKI, 2017).

6. Patofisiologi

Pada preeklamsia terdapat ketekaan yang lebih tinggi terhadap bahan-bahan vasoaktif, dibandingkan kehamilan normal. Fakta ini telah dibuktikan dengan penelitian prospektif dengan memakai bahan vasoaktif katekolamin atau angiotensin II. Pada kehamilan normal, kepekaan ini memang relatif lebih rendah, karena kadar angiotensin II dalam plasma memang lebih tinggi, sehingga refrakter terhadap rangsangan angiotensin II. Desakan darah normal terjadi kenaikan yang tinggi dari renin plasma, aktivitas renin, substrak renin, angiotensin II dan aldosteron. Tingginya kadar bahan-bahan tersebut sejalan dengan kenaikan volume plasma yang memang cukup tinggi, sehingga terjadi vasodilatasi.

Pada kehamilan normal, otot pembuluh darah resisten terhadap bahanbahan pressor, dibandingkan kehamilan dengan hipertensi. Cardiac output (CO) pada kehamilan normal meningkat antara 25-50%. Peningkatan CO akan lebih tinggi bila ibu hamil tidur miring daripada tidur terlentang. Perbedaan ini dapat mencapai 21%. Kenaikan CO akibat kenaikan stroke volume (volume plasma) dan heart rate detak jantung, tetapi desakan darah relatif menurun. Kenaikan darah meningkat dengan signifikansampai umur kehamilan 30-34 minggu.

Pada kehamilan normal, tahanan vaskuler dalam darah otak tidak berubah, tetapi pada kehamilan dalam hipertensi, tahanan vaskuler meningkat dalam otak sampai 50%. Aliran darah ke plasenta tergantung dari desakan darah ibu, yang memberi desakan perfusi sebanding dengan aliran darah ke plasenta.

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). Adanya spasme pembuluh darah menyebabkan perubahan-perubahan ke organ antara lain:

a. Otak

Resistensi pembuluh darah ke otak meningkat, sehingga dapat menyebabkan terjadinya oedema cerebral yang bisa menimbulkan pusing dan cerebrovascular accident (CVA), serta kelainan visus pada mata.

b. 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.

c. Urin

Berkurangnya aliran darah ke plasenta menyebabkan gangguan plasenta maka akan terjadi Intrauterine Growth Restriction (IUGR), oksigenasi berkurang sehingga akan terjadi gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, serta kematian janin dalam kandungan.

d. Rahim

Peningkatan kepekaan otot rahim terhadap rangsang, sehingga dapat menyebabkan partus prematus.

e. Paru- Paru

Dekompensasi kordis yang akan menyebabkan oedema paru, sehingga oksigenasi terganggu dan sianosis, serta dapat terjadi gangguan pola nafas.

f. Hepar

Penurunan perfusi hati dapat mengakibatkan oedema hati, dan perdarahan subskapular sehingga sering menyebabkan nyeri epigastrium, serta ikterus.

7. Manifestasi klinik

Dua gambaran utama preeklamsia hipertensi dan proteinuria adalah kelainan yang biasanya tidak disadari oleh perempuan hamil, pada saat gejala seperti nyeri, gangguan penglihatan atau nyeri epigastrium muncul. Kelainan ini hampir selalu sudah parah. Dengan demikian menjadi jelas pentingnya perawatan prenatal dan deteksi dini dan manajemen preeklamsi (Gan & Cunningham, 2010). Gejala dan tanda sebagai berikut:

- a. Hipertensi atau kelainan mendasar pada preeklamsi adalah vasospasme arteriol sehingga tidaklah mengejutkan bahwa tanda peningkatan yang paling dapat diandalkan adalah peningkatan tekanan darah. Tekanan diastolik mungkin merupakan tanda prognostik lebih dipercaya dari pada tekanan sistolik. setiap tekanan diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih yang menetap adalah abnormal. Bunyi korotkof klien digunakan sebagai ukuran.
- b. Peningkatan berat badan secara mendadak mungkin mendahului timbulnya preeklamsi. Memang pertambahan berat badan berlebih pada sebagian perempuan merupakan tanda awal. Peningkatan berat sekitar 1 pon (0,5 kg) perminggu adalah normal, tetapi jika pertambahan berat jauh melebihi 2 pon (1 kg) pada satu minggu tertentu atau 6 pon dalam sebulan harus dicurigai kemungkinan akan timbulnya preeklamsi. Karakteristik preeklamsi adalah peningkatan berat badan yang mendadak bukan peningkatannya yang tersebar merata selama gestasi. Peningkatan berat badan yang berlebihan dan mendadak hampir selalu disebabkan oleh retensi cairan yang abnormal dan timbul biasanya sebelum tanda-tanda oedema terlihat, misalnya pembengkakan, kelopak mata atau jari. Pada kasus preeklamsi fulminan atau eklamsi, retensi cairan dapat menjadi eksterm pada perempuan ini tidak jarang terjadi penambahan berat badan 10 pon atau lebih dalam 1 minggu.
- c. Nyeri kepala gejala ini juga jarang terjadi pada kasus yang ringan, tetapi sering terjadi pada kasus yang parah. Nyeri kepala umumnya terletak di fronal tetapi kadang-kadang terjadi di oksipital dan resisten terhadap pemberian analgesik biasa.

- d. Gangguan penglihatan dan berbagai gangguan penglihatan, mulai dari kekaburan penglihatan ringan sampai skotoma hingga kebutaan parsial atau total dapat menyertai preeklamsi. Kelainan ini akibat vasopasme, iskemia dan perdarahan petekial didalam korteks oksipitalis. Pada sebagian perempuan, gejala-gejala penglihatan terjadi akibat spasme arterial retina, iskemia, dan edema. Sedangkan preeklamsi menurut Cunningham dkk,(2012):
 - 1) TD > 140/90 mmHg yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu.
 - 2) Proteinuria 30 mg/24 jam atau > pada pemeriksaan carik celup(diostivk)
 - a) Kemungkinan preeklamsi meningkat:
 - 1) Kreatinin serum 1,2 mg/gd, kecuali memang sebelumnya diketahui meningkat
 - 2) Trombosit 100.000/UI
 - 3) Hemololisi mikroangiopati peningkatan LDH
 - 4) Peningkatan kadar transaminase serum – ALT atau AST
 - 5) Nyeri kepala yang persisten atau gangguan serebral atau visual
 - 6) Nyeri epigastri peristen
- e. Preeklamsi yang bertumpang tindih pada hipertensi kronis:
 - 1) Proteinuria awitan baru > 300 mg/24 jam pada perempuan gipertensif, tetapi tidak ditemukan proteinuria sebelum kehamilan 20 minggu.
 - 2) Peningkatan mendadak proteinuria atautekanan darah atau trombosit 100.000/Ui pada perempuan yang mengalami hipertensif dan proteinuria sebelum kehamilan 20 minggu.

8. Tes diagnostic

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada ibu hamil dengan preeklamsia diantaranya :

- a. Uji urin kemungkinan menunjukkan proteinuria
- b. Pengumpulan urin selama 24 jam untuk pembersihan kreatinin dan protein.
- c. Fungsi hati : Meningkatnya enzim hati (meningkatnya alamine aminotransferase atau meningkatnya aspartate).
- d. Fungsi ginjal: profil kimia akan menunjukkan kreatinin dan elektrolit abnormal, karena gangguan fungsi ginjal.

- e. Tes non tekanan dengan profil biofisik.
- f. USG seri dan tes tekanan kontraksi untuk menentukan status janin
- g. Evaluasi aliran doppler darah untuk menentukan status janin dan ibu.

9. Penatalaksanaan medic

Cunningham dkk, (2012) Kehamilan yang disertai komplikasi hipertensi gestasional diterapi berdasarkan keparahan usia gestasi dan adanya preeklamsi. Prinsip tatalaksana, seperti yang telah ditentukan sebelumnya, juga mempertimbangkan cedera sel endotel dan disfungsi multiorgan yang disebabkan oleh sindrom preeklamsi. Preeklamsi tidak selalu dapat didiagnosa pasti. Jadi berdasarkan sifat alami penyakit ini baik American collage of obstetricians and gynecologist(2002) merupakan kelompok kerja National High Blood Pressure Education Program(NHBPEP) (200) mengajukan kunjungan antenatal yang lebih sering, bahkan jika hanya preeklamsi yang dicurigai. Mengangkatnya tekanan darah sistolik dan diastolik dapat merupakan perubahan fisiologis normal atau tanda penyakit yang sedang berkembang.

Tujuan penatalaksanaan dasar untuk semua kehamilan dipersulit oleh preeklamsia yang dipicu oleh kehamilan adalah:

Terminasi kehamilan dengan kemungkinan trauma terkecil bagi ibu dan janinnya.

- a. Lahirnya bayi yang kemudian dapat tumbuh kembang
- b. Pemulihan total kesehatan ibu. Pada kasus preeklamsi tertentu, terutama pada perempuan aterm atau mendekati aterm, kedua tujuan ini mungkin dapat dipenuhi seluruhnya dengan induksi partus yang hati-hati. Oleh karena itu informasi terpenting untuk keberhasilan penatalaksanaan semua kehamilan terutama kehamilan yang dipersulit oleh hipertensi adalah usia janin.

Tirah baring merupakan pengobatan rawat jalan tidak mendapat tempat dalam pelaksanaan preeklamsia yang dipicu atau yang diperberat oleh kehamilan. Tirah baring hampir sepanjang hari merupakan hal yang penting. Selain itu para perempuan ini harus diperiksa paling sedikit dua kali seminggu dan harus diberi tahu secara rinci mengenai gejala-gejala yang harus dilaporkan. Pada peningkatan tekanan darah yang ringan, respon terhadap cara ini umumnya egera tampak tetapi pasien kooperatif dan ahlo obsteri harus waspada. Kadang kita menjumpai kasus preeklamsia yang fluminan atau terlalaikan, dengan tekanan darah melebihi

160/110 mmHg, odema, dan proteinuria. Nyeri kepala, gangguan penglihatan atau nyeri epigastrium merupakan petunjuk bahwa akan timbul kejang dan oliguria merupakan tanda buruk lainnya pada preeklamsia. Preeklamsia berat memerlukan terapi anti kejang dan biasanya antihipertensi yang diikuti oleh kelahiran janin. Pengobatan sama dengan eklamsia. Tujuan utama adalah untuk mencegah kejang, mencegah perdarahan intrakranium dan kerusakan serius terhadap organ vital lain serta melahirkan bayi yang sehat (Gant & Cunningham, 2010).

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap pertama dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, untuk mengidentifikasi, mengenal masalah kebutuhan kesehatan, keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan (Deden Dermawan, 2012).

a. Anamnesa

Pengkajian pada pasien dengan kasus preeklamsia dalam kehamilan meliputi :

- 1) Identitas umum ibu, meliputi : Nama, tempat tanggal lahir/umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, dan alamat rumah.
- 2) Data riwayat kesehatan
 - a) Riwayat kesehatan sekarang : Ibu mengalami : sakit kepala di daerah frontal, terasa sakit di ulu hati/nyeri epigastrium, penglihatan kabur, mual muntah, anoreksia.
 - b) 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.
 - c) Riwayat kesehatan keluarga : Kemungkinan mempunyai riwayat kehamilan dengan hipertensi dalam keluarga.
 - d) Riwayat obstetrik : Biasanya preeklamsia pada kehamilan paling sering terjadi pada ibu hamil primigravida, kehamilan ganda, hidramnion (kelebihan cairan ketuban) , dan mola hidatidosa (hamil anggur) dan semakin tua usia kehamilan.

- e) Pola nutrisi : Jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan.
- f) Psiko social spiritual : Emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan kecemasan, oleh karenanya perlu kesiapan moril untuk menghadapi resikonya.

b. Pemeriksaan fisik

1) keadaan umum

- 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
- h) Wajah : Ibu hamil yang mengalami preeklamsia wajah tampak edema
- i) Mata : Ibu hamil dengan preeklamsia akan ditemukan konjungtiva anemis, dan penglihatan kabur
- j) Bibir : Mukosa bibir lembab
- k) Mulut : Terjadi pembengkakan vaskuler pada gusi menjadi hiperemik dan lunak, sehingga gusi bisa mengalami pembengkakan dan pendarahan
- l) Leher : Biasanya akan ditemukan pembesaran pada kelenjar tiroid

2) Thorax

- a) Paru-Paru : Akan terjadi peningkatan respirasi, edema paru dan nafas pendek
- b) Jantung : Terjadi adanya dekomposisi jantung
- c) 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
- d) Abdomen : Ditemukan nyeri pada epigastrium dan terjadi mual muntah
- e) Pemeriksaan janin : Bunyi jantung tidak teratur dan gerakan janin melemah
- f) Ektremitas : Adanya edema pada kaki dan juga pada jari – jari
- g) System persyarafan : Ditemukan hiperfleksia klonus pada kaki
- h) Genitourinaria : Biasanya didapatkan oliguria dan proteinuria.

c. Pemeriksaan Penunjang

Mitayani (2011), mengatakan beberapa pemeriksaan penunjang preeklamsia dalam kehamilan yang dapat dilakukan adalah

1, Pemeriksaan laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah
 - 1) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal 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 Untuk menentukan apakah ibu hamil dengan preeklamsia tersebut mengalami proteinuri atau tidak. Biasanya pada ibu hamil dengan preeklamsia di temukan proteinuria +1.
- c. Pemeriksaan fungsi hati
 - 1) Bilirubin meningkat (N=< 1 mg/ dl)
 - 2) LDH (Laktat dehidrogenase) meningkat
 - 3) Aspartat aminotransferase (AST) > 60 ul.
 - 4) Serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N:15-45 u/ml).

- 5) Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat(N: < 31u/l).
- 6) Total protein serum normal (N: 6,7-8,7 g/dl).
- d. Tes kimia darah
 - Asam urat meningkat (N: 2,4-2,7 mg/ dl).

Radiologi

- a) Ultrasonografi : bisa ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterus, ernapasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat,dan volume cairan ketuban sedikit
- b) Kardiotografi Diketahui denyut jantung janin lemah

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa yang mungkin muncul pada ibu hamil dengan preeklamsia yaitu:

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan
- b. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis
- c. Resiko cedera dengan faktor resiko internal(disfungsi integrasisensori)
- d. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan faktor risiko pola makan tidak sehat.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien. Dan berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan serta keperawatan pasien dapat diatasi (Bararah, 2013).

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan periver berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan.</p> <p>Definisi :Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan. Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Nyeri ekstremitas 3. penurunan nadi perifer 4. Perubahan karakteristik kulit (misalnya warna, elastisitas, rambut, kelembapan, kuku, sensasi, dan suhu) 5. Perubahan tekanan darah 6. Waktu pengisian kapiler > 3 detik 7. Warna tidak kembali ke tungkai 1 menit setelah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan partisipan menunjukkan keefektifan perfusi jaringan perifer dengan indicator</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler jari normal 2. Pengisian kapiler jari kaki normal 3. Kekuatan denyut nadi karotis normal 4. Edema perifer tidak ada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oxygen therapy (Terapi oksigen) <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kemampuan pasien dalam mentoleransi kebutuhan oksigen saat makan b. Monitor perubahan warna kulit pasien c. Monitor posisi pasien untuk membantu masuknya oksigen d. Memonitor penggunaan oksigen saat pasien aktivitas 2. Paripheral sensation management (manajemen sensasi perifer) <ol style="list-style-type: none"> a. Memonitor perbedaan terhadap rasa tajam, tumpul, panas atau dingin b. Monitor adanya mati rasa, rasa geli c. Diskusikan tentang adanya kehilangan sensasi atau perubahan sensasi d. Minta keluarga untuk memantau perubahan warna kulit setiap hari

	tungkai diturunkan.		
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis</p> <p>Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (internasional Association for the Study of pain) awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat menggunakannya 2. Ekspresi wajah nyeri (mis : mata kurang bercahaya,tampak kacau gerakan mata terpancar atau tetap pada satu focus, meringis) 3. Hambatan kemampuan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan partisipan mampu menangani masalah nyeri dengan indikator : Kontrol nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenali kapan nyeri terjadi 2. Menggunakan tindakan pencengahan 3. Mengenali gejala yang terkait dengan nyeri 4. Melaporkan nyeri terkontrol <p>Kepuasan klien manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri terkontrol 2. Menggunakan tindakan 	<p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus 2. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan 3. Gunakan strategis komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 4. Kaji pengetahuan pasien mengenai nyeri

	<p>meneruskan aktivitas sebelumnya</p> <p>4. Laporan tentang perilaku nyeri perubahan aktivitas (mis : anggota keluarga, pemberian asuhan</p> <p>5. Perubahan pola tidur</p> <p>6. Kemampuan tentang intensitas dan karakteristik nyeri menggunakan standar skala nyeri (mis : skala wong baker FACES dan skala penilaian numerik).</p>		
3	<p>Resiko cedera dengan faktor resiko internal (disfungsi integrasi sensor) Definisi : rentan mengalami cedera fisik akibat kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber-sumber adaptif dan sumber definisi individu, yang dapat mengganggu kesehatan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko cedera teratasi dengan indikator : Kejadian Jatuh Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada jatuh saat sendiri 2. Tidak ada jatuh saat berkerja 3. Tidak jatuh saat ke kamar mandi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen lingkungan <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien b. Lindungi pasien dengan pengangan pada sisi/bantalan pada sisi ruangan yang sesuai c. Letakkan benda yang sering digunakan dalam jangkauan pasien d. Anjurkan keluarga atau orang terdekat tinggal dengan pasien 2. Perawatan kehamilan resiko tinggi <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji kondisi medis aktual yang berhubungan dengan kondisi kehamilan (misalnya diabetes, hipertensi dll) b. Kaji riwayat kehamilan dan kelahiran yang berhubungan dengan faktor

			<p>resiko kehamilan (misalnya premature preeklamsia dll)</p> <p>c. Kenali faktor resiko sosio demografi yang berhubungan dengan kondisi kehamilan (misalnya usia kehamilan, kemiskinan, ketiadaan pemeriksaan kehamilan dll)</p> <p>d. Kaji pengetahuan klien dalam mengidentifikasi faktor resiko</p>
4	<p>Risiko Cedera pada Janin dibuktikan dengan faktor risiko usia ibu (35 tahun), paritas banyak, riwayat persalinan sebelumnya, pola makan yang tidak sehat, dibuktikan dengan hipertensi (preeklamsia).</p>	<p>Tingkat cedera Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun (DJJ membaik 120-160x/menit) 2. Frekuensi gerak janin membaik 3. Berat badan membaik 4. Tanda – tanda vital dalam rentang normal <p>a. Status Antepartum setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan status antepartum</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan denyut jantung janin <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi riwayat obstetric b. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok c. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya d. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit e. Monitor tanda vital ibu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Atur posisi pasien b. Lakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 2. Perawatan kehamilan risiko tinggi <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor risiko kehamilan b. Identifikasi riwayat obstetric c. Identifikasi social dan demografi

		<p>membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik 2. Tekanan darah dalam rentang normal (100-140 mmHg) 3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali per menit) 4. Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5° - 37,5 °) 5. Tanda - tanda vital dalam rentang normal 	<p>d. Monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan.</p> <p>Trapeotik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Damping ibu saat merasa cemas b. Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil c. Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan risiko janin mengalami kelahiran premature b. Anjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan c. Anjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup d. Ajarkan mengenali tanda bahaya <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasikan dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses keperawatan, pengolahan dan tahap perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, kolaborasi, dan tindakan rujukan (Bararah, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan.

Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon 21 yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP.

S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien

O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga

A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif

P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Nurhaeni, 2013)

BAB III

TUJUAN KASUS

A. PENGKAJIAN PRENATAL

1. Data umum klien

- a. Nama : Ny. K
- b. Usia : 60
- c. Status perkawinan : Menika
- d. Pekerjaan : IRT
- e. Pendidikan : SMP

2. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Pasien pernah hamil di tahun 2021 namun keguguran di usai kandungan 4 bulan

3. Riwayat ginekologi

- a. Masalah ginekologi : tidak ada gangguan ginekologi
- b. Riwayat KB : klien belum pernah menggunakan KB

4. Riwayat kehamilan saat ini

- a. HPHT : 10-09-2022
- b. Taksiran : 17-06-2023
- c. BB sebelum hamil : 46 kg
- d. TD sebelum hamil : Klien tidak pernah melakukan pengukuran tekanan darah sebelumnya
- e. TD saat ini : 156/100mmHg
- f. TFU : 31
- g. Letak presentasi janin : Kepala teraba pada segmen bawah uterus dan punggung teraba di fundus uteri
- h. DJJ : 136
- i. Usia gestasi : 35 minggu
- j. Keluhan saat ini : klien mengatakan susah tidur pada malam hari, dan sering terbangun di malam hari sampai pagi, nyeri pada punggung pada saat duduk lama, nyeri kepala, klien juga mengatakan bengkak pada kedua kakinya 2 hari terakhir

5. Data umum kesehatan saat ini

a. Data umum

- 1) Status obstetrik : G2 P0 A1 H 35
- 2) Keadaan umum : baik
- 3) Kesadaran : Composmetis
- 4) BB : 67 kg
- 5) TB : 155 cm
- 6) Tanda vital : TD 156/100mmHg S : 36,5 c N : 88x/m P : 21x/m

b. Kepala dan Leher

- 1) Kepala : Tidak ada benjolan
- 2) Mata : Alis mata simetris, bulu mata ada, konjungtiva anemis
- 3) Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran darah
- 4) Mulut : Bersi, gigi lengkap, tidak ada bau, mukosa bibir lembab
- 5) Telingah : Simetris, bersih, fungsi pendengaran baik
- 6) Leher : Tidak ada pembesaran tyroid
- 7) Mukosa khusus : Tidak ada masalah khusus

c. Dada

- 1) Jantung : S1 S2 tidak ada bunyi jantung tambahan
- 2) Paru : Tidak ada bunyi bafas tambahan
- 3) Payudarah : Simetris, tidak ada nyeri tekan
- 4) Putting susu : Simetris, dan menonjol
- 5) Pengeluaran ASI : Belum ada pengeluaran ASI
- 6) Masalah khusus : Tidak ada masalah khusus

d. Abdomen

- 1) Leopold I : Bagian di fundus uteri adalah bokong
- 2) Leopold II : Punggung kanan
- 3) Leopold III : Kepala
- 4) Leopold IV : Kepala belum masuk PAP
- 5) TFU : 31 cm

- e. Pigmentasi
 - 1) Linea nigram : Ada
 - 2) Striae : Ada
 - 3) Fungsi pencernaan : Baik
 - 4) Masalah khusus : Tidak ada

6. Penerimaan dan Genital

- a. Vagina dan Vulva : Tidak ada varises
- b. Kebersihan : Bersih
- c. Keputihan : Tidak ada
- d. Jenis atau Warna : Kental dan bening
- e. Haemoroid : Tidak ada
 - 1) Derajat : Tidak ada
 - 2) Lokasi : Tidak ada
 - 3) Berapa lama : Tidak ada
 - 4) Nyeri : Tidak ada
 - 5) Masalah khusus : Tidak ada

7. Ekstremitas

- a. Ekstremitas atas
 - 1) Edema : Tidak ada
 - 2) Varises : Tidak ada
- b. Ekstremitas bawah
 - 1) Edema : Ya derajat 1 kedalaman 1-3 mm kembali dalam 3 detik
 - 2) Varises : Tidak ada
 - 3) Refles patella : +/+
 - 4) Masalah khusus : Odema

8. Eliminasi

- a. Urin : 4 kali dalam sehari
- b. Fekal : 1 kali sehari
- c. Masalah khusus : Tidak ada

9. Mobilitas dan latihan

- a. Tingkat mobilitas : Gaya jalan klien susah dikarenakan ada oedema
- b. Latihan atau senam : Klien tidak mengikuti latihan senam
- c. Senam hamil : Klien tidak mengikuti senam hamil

10. Nutrisi dan cairan

- a. Asupan nutrisi : Klien mengatakan makan nasi, sayur, ikan,.
- b. Nafsu makan : Klien mengatakan 1 porsi pada pagi hari, siang dan malam hari
- c. Asupan cairan : Baik, 5-7 gelas dalam 1 hari
- d. Masalah khusus : Tidak ada

11. Keadaan mental

- a. Adaptasi psikologi : Klien mengatakan bahagia dengan kehamilannya
- b. Masalah khusus : Tidak ada

12. Pola hidup yang meningkatkan resiko kehamilan

Klien mengatakan masih mengonsumsi makanan yang asin, tidak diatas jam 12 malam.

13. Persiapan persalinan

- a. Senam hamil : Klien tidak mengikuti senam hamil
- b. Rencana tempat melahirkan : RS Daya Kota Makassar
- c. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu : Klien sudah menyiapkan keperluan bayi dan ibu
- d. Kesiapan mental ibu dan keluarga : Keluarga dan klien sangat siap dalam persalinan nanti
- e. Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara menangani nyeri, proses persalinan : Klien sudah tau tanda-tanda melahirkan karena membaca buku pinknya
- f. Payudara : Klien belum mengikuti perawatan payudara.

14. Obat-obat yang di konsumsi saat ini

- a. Vitamin B kompleks : 1x1 1,200 mg
- b. Tablet Fc : 1x 800 mg
- c. Vitamin K : 1x1.000mg

15. Hasil pemeriksaan penunjang

- a. Hb : 13,9 g/dL
- b. Protein urin : Negatif
- c. Gula darah : Negatif

16. Rangkuman hasil pengkajian

Pasien atas nama Ny. K umurtahun G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu datang ke RS Daya Kota Makassar untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Dari hasil pengkajian Leopold I dibagian fundus uteri teraba bokong, Leopold II teraba punggung kanan, Leopold III teraba kepala, Leopold IV kepala belum masuk PAP. Ny. K mengatakan susah tidur di malam hari dan sering terbangun di malam hari. Terbentuk kontak mata dan konjungtiva anemis. Ny. K juga mengatakan merasa nyeri pada punggung pada saat duduk lama, nyeri dirasakan seperti nyeri haid tertusuk-tusuk dan hilang timbul. Selain itu, Ny. K juga memiliki tekanan darah tinggi 156/100 mmHg dan kedua kakinya bengkak, CRT-nya kembali > 3 detik. Ny. K juga mengatakan sering nyeri kepala.

B. ANALISA DATA

Data fokus	Etiologi masalah	Masalah keperawatan
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bengkak pada bagian kaki sejak 2 hari terakhir - Klien mengatakan nyeri kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 156/100mmHg - S : 36,5 C - N : 88x/m - P : 21x/m - Oedema ekstremitas bawa kiri dan kanan - CRT > 3 detik - Terbentuk kantong mata - Kunjung tiva anemia 	<p>Sistem kardiovaskuler</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan sirkulasi darah</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan volume darah</p> <p>↓</p> <p>Pusing</p> <p>↓</p> <p>CRT > 3 detik</p> <p>↓</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif</p>	<p>Perfusi jaringan efektif</p>
<p>Factor Resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 156/100mmHg - Kehamilan trisemester III - Usia gestasi 35 minggu - Klien masih mengonsumsi makanan tinggi garam 	<p>hamil trisemester III</p> <p>↓</p> <p>Spasme pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan volume darah</p> <p>↓</p> <p>Suplai O₂ dan kebutuhan nutrisi menurun</p> <p>↓</p> <p>Resiko cedera pada janin</p>	<p>Resiko cedera pada janin</p>

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri punggung terutama pada duduk lama - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konjungtiva anemia - Terbentuk kantong mata - TFU 31 cm - Gestasi 35 minggu 	<p>Kehamilan trisemester III</p> <p>↓</p> <p>Janan bertambah besar</p> <p>↓</p> <p>Sesak pada bagian perut</p> <p>↓</p> <p>Mengeluh sulit tidur</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>
--	---	----------------------------

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. K G2 P0 A1 dengan preeklamsia sesuai sklah prioritas adalah :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.

DS :

- Klien mengatakan bengkak pada bagian kaki sejak 3 hari terakhir
- Klien mengatakan nyeri kepala

DO

- TD : 156/100mmHg
- S : 36,5 C
- N : 88x/m
- P : 21x/m
- Oedema ekstremitas bawa kiri dan kanan
- CRT > 3 detik
- Terbentuk kantong mata
- Konjungtiva anemis

2. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan factor resiko pola makan yang tidak sehat

Factor Resiko

- TD : 156/100mmHg
- Kehamilan trisemester III
- Usia gestasi 35 minggu
- Klien masih mengonsumsi makanan tinggi garam

3. Nyeri akut berhubungan dengan proses kehamilan

DS :

- Klien mengatakan nyeri punggung terutama pada duduk malam
- Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul

DO :

- Kunjungtiva anemia
- Klien memegang bokong
- Skala nyeri 4 (sedang)

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

DS :

- Klien mengatakan susah tidur pada malam hari, dan sering terbangun

DO :

- Kunjungtiva anemis
- Terbentuk kantong mata
- TFU 31 cm
- Gestasi 35 minggu

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari/tgl	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteri hasil	Intervensi	Rasional
Semin 15/05/2023	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah di tandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri kepala - Klien mengatakan bengkak pada bagian kaki sejak 3 hari terakhir <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 156/100mmHg - S: 36,5 C - N: 88x/m - P: 21x/m - Oedema ekstremitas bawa kiri dan kanan - CRT > 3 detik - Terbentuk kantong mata - Kunjungtiva anemia 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan perfusi perifer adekuat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV : / 24 jam TD : 156/100mmHg S : 36,6 C N : 88x/m P : 21x/m 2. Warna kulit normal 3. Suhu kulit hangat 4. Kekuatan fungsi otot 5. Nilai laboratorin dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji secara komprehensif sirkulasi perifer 2. Evaluasi nadi perifer dan edema 3. Monitor TTV /x24 jam 4. Ubah posisi pasien setiap 2 jam 5. Dorong latihan ROM sebelum bedrest 6. Kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sirkulasi perifer dapat menunjukan tingkat keparahan penyakit 2. Pilsasi yang lemah menimbulkan penurunan kardiak output 3. Untuk mengetahui perubahan status tubuh klien 4. Mencegah komplikasi dekobitus 5. Menggerakan otot dan sendi agar tidak kaku 6. Agar membantu dalam mengatasi masalah keperawatan
Senin 15/05/2023	<p>Resiko cedera pada janin faktor resiko pola makan yang tidak sehat. Dintandai dengan faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 156/100mmHg - Kehamialn Trisemester III 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam 1x24 jam di harapkan resiko cedera janin tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko kehamilan 2. Monitor status fisik dan psikososial selama dalam kehamilan 3. Diskusikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendata masalah yang di hadapinya pasien 2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien pada masa kehamilan 3. Untuk mengetahui masalah kesehatan

	<ul style="list-style-type: none"> - Usia gestasi 35 minggu - Klien masih mengonsumsi makanan tinggi garam 	<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. TTV 1x24 jam TD : 130/80mmHg S :36,5 C N : 70x/m P : 21x/m 3. Frekuensi nadi dalam rentang normal 4. Suhu tubuh dalam rentang normal 	<p>ketidaknyamanan selama hamil</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan resiko janin mengalami kehamilan premature 5. Anjurkan ibu untuk beraktifitas dan beristirahat yang cukup 6. Paantau TTV 1x24 jam 7. Kolaborasikan dengan spesialis jika ditemukan dan dan bahaya kehamilan 	<p>dalam kehamilan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Agar pasien dapat mengetahui penyebab dari kelahiran premature 5. Agar mengurangi resiko cedera pada janin 6. Untuk mengetahui perubahan status tubuh klien 7. Agar mengurangi resiko berat yang terjadi
Senin 15/05/2023	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis ditandai dengan : DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri punggung terutama pada duduk lama - Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah meringis - Klien memegang bokong 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam 1x24 jam di harapkan resiko cedera janin tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri berkurang dengan skala 2 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identitas respon nyeri verbal 3. Beri teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri 4. Jelaskan statistik meredakan nyeri 5. Kolaborasi dengan tim medis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal 4. Untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan pemberian analgesik yang tepat

	- Skala nyeri 4 (sedang)		dalam pemberian analgesik	sehingga tida terjadi resistensi 5. Agar mengurangi resiko berat yang terjadi
Senin 15/05/2023	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah tidur pada malam hari, dan sering terbangun <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kunjungtiva anemis - Terbentuk kantong mata - TFU 31 cm - Gestasi 35 minggu 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan pola tidur beruba menurun 3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Fasilitas menghilangkan stress sebelum tidur 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil 5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendata masalah yang dialami pasien 2. Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien 3. Agar pasien mampu merasa tenang 4. Agar pasien tau mengenai pentingnya istirahat yang cukup 5. Agar pasien tau teknik relaksasi napas dalam dan membatu pasien dalam memulai tidur

E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

No	Hari/tgl	No . Dx. Keperawatan	Waktu	Implementasi	SOAP
1	Senin 15/05/2023	1	09:00 09:15 09 : 30 09 : 45	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji secara komprehensif sirkulasi perifer edres Hari : CRT > 3 detik, akral hangat. - Mengevaluasi nadi periver dan edema Hasil : edema pada ekstremitas bawa - Monitor TTV Hasil : TTV : TD : 156/100mmHg, N : 88x/m, S : 36,5 C, P : 21x/m - Ubah posisi pasien setiap 2 jam dorong latihan ROM sebelum bedrest Hasil : pasien mengatakan bisah menguba posisinya. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya bengkak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki klien tampak oedema - CRT > 3 detik - Suhu 36,5 c <p>A : masalah perfusi perifertidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkasi secara komprehensif sirkulasi perifer edres - Mengevaluasi nadi perifer dan edema - Memonitori TTV 1x24 jam - Ubah posisi pasien setiap 2 jam - Dorong latihan ROM sebelum bedrest
2	Senin 15/05/2023	2	10 : 10 10 : 20	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor resiko kehamilan Hasil : klien mengatakan memiliki tekanan darah tinggi dan nyeri kepala - Membantu TTV Hasil : TD : 156/100mmHg, N : 88x/m, S : 36,5 C, P : 21x/m 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasah lelah pada saat beraktivitas yang berlebihan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV :TD : 156/100mmHg, N :

			10 : 30	<ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan ketidaknyamanan selama hamil <p>Hasil : klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan keadaannya sekarang karena bertambah besarnya perutnya</p>	<p>88x/m, S : 36,5 C, P : 21x/m</p> <p>A : Masalah cederh pada janin belum teratasi</p>
			10 : 35	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan resiko janin mengalami kelahiran premature <p>Hasil : klien mengatakan belum terlalu pahan tentang resiko janin lahir premature</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat secukupnya 	<p>P : Lanjutan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentivikasi faktor resiko kehamilan - Menjelaskan resiko janin mengalami kelahiran premature - Memantau ttv 1x24 jam
3	Senin 15/05/2023	3	11 : 15	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri <p>Hasil :</p> <p>P : klien mengatakan masih nyeri pada bokong dan punggungnya.</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri pada bagian bokong dan punggung</p> <p>T : Hilang timbul</p>	S :
			11 : 25	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil : 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - P : klien mengatakan masih nyeri pada bokong dan punggungnya. - Q : Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri pada bagian bokong dan punggung - S : 3 - T : Hilang timbul
			11 : 30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon nyeri verbal <p>Hasil : klien mengatakan</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengelus-elus bokongnya - Klien tanpak meringis <p>A : Masalah nyeri akau</p>

			11 : 45	<p>masih merasakan nyeri pada bokong dan punggungnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik non farmakologis <p>Hasil : klien belum tau teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>belum teratasi</p> <p>P : Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik non farmakologis - Menganjurkan memonitori nyeri secara mandiri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
			11 : 55	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri <p>Hasil : Klien belum bisah memonitor sara nyeri sendiri</p>	
			12 : 10	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Hasi : klien belumtau tau cara meredakan rasa nyeri</p>	
4	Senin 15/05/2023	4	12 : 35	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi aktifitas pola tidur <p>Hasil : klien mengatakan pola tidurnya belum baik, susah tidur san sulit memulai tidur</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sulit tidur pada malam hari dan sulit memulai tidur
			12 : 45	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur <p>Hasil : klien mengatakan tidak bisah tidur karena merasa sesak diperutnya</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kunjungtiva anemis - Bola mata tampak hitam - Klien tampak menuap - Klien melakukan relaksasi nafas dalam
				<p>Hasil : klien mengatakan tau cara menghilangkan stres</p>	<p>A : masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p>
				<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil <p>Hasil : klien mengatakan</p>	<p>P : lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pala aktivitas dan tidur

			13 : 00	<p>belum tau akibat dari kurang tidur pada malam hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi <p>Hasil : klien mengatakan belum tau teknik relaksasi nafas dalam</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi menghilangkan stress sebelum tidur - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil - Menjelaskan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis
5	Selasa 16/05/2023	1	09 : 00 09 : 15 09 : 30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji secara komprehensif sirkulasi perifer edres <p>Hasil : CRT masih > 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi nadi perifer dan edema : Ekstremitas bawa masih bengkak - Monitor TTV <p>Hasil : TTV : 156/100mmHg, N : 88x/m, S : 36,5 C, P : 21x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi pasien setiap 2 jam <p>Hasil : klien mengatakan masih sering menggunakan kakinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong latihan ROM sebelum bedrest 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih bengkak pada kaki <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : TD : 156/100mmHg, N : 88x/m, S : 36,5 C, P : 21x/m - Ekstremitas bawa masih edema <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah perfusi perifer tidak efektif <p>P : lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji secara komprehensif sirkulasi perifer edres - Mengevaluasi nadi perifer dan edema : ekstremitas bawa masih bengkak - Memonitor TTV 1x 24 jam

					<ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi pasien setiap 2 jam - Dorong latihan ROM sebelum bedrest
6	Selasa 16/05/2023	2	10 : 15 10 : 25 10 : 45	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor resiko kehamilan Hasil : klien mengatakan sering merasa lelah setelah melakukan aktivitas - Menjelaskan resiko janin menalami kelahiran premature Hasil : klien menyebutkan faktor-faktor cedera janin dengan baik - Memantau TTV Hasil : TD : 156/100mmHg, N : 88x/m. S : 36,5 C, P : 21x/m 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering merasa lelah setelah melakukan aktivitas O : <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 156/100mmHg N : 88x/m S : 36,5 C P : 21x/m A : Masalah resiko cedera janin belum teratasi P : lanjut intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor resiko kehamilan - Memantau TTV - Menganjurkan ibu untuk beristirahat dan beraktivitas secukupnya
7	Selasa 16/05/2023	3	11 : 15	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : P : klien mengatakan nyeri pada bokong dan punggungnya berkurang 	S : <ul style="list-style-type: none"> - P : Klien mengatakan nyeri pada punggung dan bokongnya berkurang Q : - R : pada bagian

			<p>11 : 25</p> <p>11 : 35</p> <p>11 : 45</p>	<p>Q : -</p> <p>R : Nyeri pada bagian punggung dan bokong</p> <p>T : -</p> <p>- Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala 2</p> <p>- Mengajarkan teknik non farmakologis Hasil : klien mengikuti dengan baik teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>- Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri Hasil : klien sudah bisa mengontrol nyerinya</p> <p>- Jelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : klien sudah tau cara meredakan nyeri dengan mencari posisi nyaman dan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>bokong dan punggung</p> <p>S : 2</p> <p>T : -</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak tenang</p> <p>- Klien menunjukan cara relaksasi nafas dalam dengan baik</p> <p>- Klien mampu mengenali rasa nyerinya</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>
8	Selasa 16/05/2023	4	<p>12 : 15</p> <p>12 : 25</p>	<p>- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : klien mengatakan pola tidurnya belum baik, masih susah tidur dan sulit memulai tidur</p> <p>- Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur Hasil : klien mengatakan mengikuti dengan baik dan susah paham cara menghilangkan stress</p>	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan masih sulit tidur</p> <p>- Klien mengatakan susah menggunakan teknik relaksasi</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak mengantuk</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : lanjut intervensi</p>

					<p>menggantung kakinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkasi secara komprehensif sirkulasi perifer edres - Menevaluasi nadi perifer dan edema - Maonitor TTV - Ubah posisi pasien setipa 2 jam - Dorong latihan ROM sebelum bedrest
10	Rabu 17/05/2023	2	<p>10 : 15</p> <p>10 : 25</p> <p>10 : 40</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor resiko kehamilan Hasil : klien mengatakan masih memakan makanan yang tinggi garam - Memantau TTV Hasil : TTV : TD : 145/90mmHg, N : 88x/m, S : 36,5C, P : 21x/m - Menganjurkan ibu untuk beristirahat dan berkatifitas secukupnya Hasil : klien mengatakan masih kurang beristirahat apabila pada malam hari 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering merasa lelah setelah melakukan aktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 145/90mmHg N : 88x/m S : 36,5c P : 21x/m <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko cedera janin belum teratasi <p>P : Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi

					faktor resiko kehamilan - Memantau TTV - Kolaborasikan dengan spesialis jika di temukan tanda dan bahaya kehamilan
11	Rabu 17/05/2023	4	11 : 15 11 : 25	- Mengobservasi pola aktivitas dan tidur Hasil : klien mengatakan pola tidurnya belum baik, masih susah tidur dan sulit memulai tidur - Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi Hasil : klien mengikuti dengan baik cara relaksasi nafas dalam	S : - Klien mengatakan masih sulit tidur O : - Klien tampak mengantuk A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P : Lanjut intervensi - Mengajarkan mencari posisi nyaman - Megobsevsai pola aktivitas dan tidur

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang pembahasan dari bab II dan bab III mengenai kesenjangan pada persamaan Asuhan keperawatan yang dilakukan penulis pada Ny. K G2 P0 A1 usai gestasi 35 minggu dengan preklamsia diwilayah kerja RS Daerah Kota Makassar tahun 2023 mulai pada tanggal 15 Mei s/d 17 Mei 2023. Penulis menyesuaikan dengan tahap-tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Data teori

Pengkajian adalah tahap pertama dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menemukannya informasi atau data tentang pasien, untuk mengidentifikasi, mengenal masalah kebutuhan kesehatan, keperawatan pasien baik fisik, mental

a. Anamnesa

Pengkajian pada pasien dengan kasus preklamsia dalam kehamilan meliputi :

- 1) Identitas umum ibu, meliputi : nama, tempat tanggal lahir/umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, dan alamat rumah
- 2) Data riwayat kesehatan
 - a) Riwayat kesehatan sekarang : ibu mengalami : sakit kepala di daerah frontal, terasa sakit di uluhati/nyeri epigastrium, penglihatan kabur, mual muntah, anoreksia .
 - b) 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.
 - c) Riwayat kesehatan keluarga : kemungkinan mempunyai riwayat kehamilan dengan hipertensi dalam keluarga.
 - d) Riwayat obstetrik : biasanya preeklamsia pada kehamilan paling sering terjadi pada ibu hamil primigravida, kehamilan ganda, hidramnion (

kelebihan cairan tubuh), molahidatidosa (hamil anggur) dan semakin tuanya usia kehamilan.

- e) Pola nutrisi : jenis makanan yang di konsumsi baik makanan pokok maupun selingan
- f) Psikososial spiritual : emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan kecemasan, oleh karena perlu kesiapan moril untuk menghadapi resiko.

b. Data kusus

1. Data umum klien : inisial klien, usia, status perkawinan, pekerjaan pendidikan
2. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
3. Riwayat genekologi : masalah genekologi, riwayat KB
4. Riwayat kehamilan saat ini : HPHT, taksiran, BB sebelum hamil, TD sebelum hamil, TD saat ini, TFU, letak presentasi janin, DJJ, usia gestasi, keluhan saat ini.
5. Data umum : status obstertik, keadaan umum, kesadaran, BB,TB, tanda vital, kepala leher, kepala, mata, hidung, mulut, telinga, leher, dada, jantung, paru-paru, payudara, putting susu.
6. Abdomen : leopold I, leopold II, leopold III, leopold IV, TFU, pigmentasi
7. Penerimaan dan genital
8. Ekstremitas
9. Eliminasi
10. Mobilitas dan latihan
11. Nutrisi dan cairan
12. Keadaan mental
13. Pola hidup yang meningkatkan resiko kehamilan
14. Persiapan persalinan
15. Obat-obat yang di konsumsi saat ini

Dari data di atas penulis menemukan adanya kesenjangan antara data teori dan data kasus di karenakan pada data teori terdapat pengkajian tentang social dan lingkungan sedangkan pada kasus tidak ditemukan data tersebut

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa yang penulis dapat pada tinjauan pustaka bab II adalah sebagai berikut :

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan
- b. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis
- c. Resiko cedera dengan faktor risiko internal (disfungsi integrasi sensori)
- d. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan faktor risiko pola makan tidak sehat

Sedangkan diagnose yang penulis temukan dalam tinjauan kasus pada bab III adalah :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- b. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan faktor risiko pola makan yang tidak sehat
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan.

Dari data diatas penulis menemukan pada tinjauan pustaka terdapat diagnose resiko cedera dengan faktor risiko internal (disfungsi integrasi sensori) sedangkan pada tinjauan kasus penulis tidak menemukan diagnose tersebut. Begitu juga pada tinjauan kasus terdapat diagnose gangguan pola tidur sedangkan pada tinjauan pustaka penulis tidak menemukan diagnose tersebut.

Dari data diatas bisa disimpulkan bahwa adanya kesenjangan antara tinjauan pustaka bab II dan tinjauan kasus bab III.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien dan berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan serta keperawatan pasien dapat di atasi.

Intervensi yang dapat dilakukan pada tinjauan pustaka bab II sebagai berikut:

1. Data teori

Intervensi yang disusun pada diagnose pertama ketidakefektifan perfusi perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan adalah :

Terapi oksigen

- a. Monitor kemampuan pasien dalam mentoleransi kebutuhan oksigen pada saat makan
- b. Monitor perubahan warna kulit pasien
- c. Monitor posisi pasien untuk membantu masuknya oksigen
- d. Memonitor penggunaan oksigen saat pasien aktivitas

Menajemen sensasi perifer

- a. Memonitor perbedaan terhadap rasa tajam, tumpul, panas, atau dingin
- b. Monitor adanya mati rasa, rasa geli
- c. Diskusikan tentang adanya kehilangan sensasi atau perubahan sensasi
- d. Meminta keluarga untuk memantau perubahan warna kulit setiap hari.

Intervensi yang di susun pada diagnose kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis adalah:

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi.
- b. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pemicu
- c. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan
- d. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri
- e. Kaji pengetahuan pasien mengenai nyeri

Intervensi yang disusun pada diagnose ke tiga resiko cedera dengan faktor resiko internal (disfungsi integrasi sensori) adalah :

- a. Manajemen lingkungan
 - 1) Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien
 - 2) Lindungi pasien dengan pegangan pada sisi/bantalan pada sisi ruangan yang sesuai.
 - 3) Letakan benda yang sering digunakan dalam jangkauan pasien
 - 4) Anjurkan keluarga atau orang terdekat tinggal dengan pasien
- b. Perawatan kehamilan resiko tinggi
 - 1) Kaji kondisi medis aktual yang berhubungan dengan kondisi kehamilan (misalnya diabetes, hipertensi dll)
 - 2) Kaji riwayat kehamilan dan kelahiran yang berhubungan dengan faktor resiko kehamilan (misalnya premature preeklamsia dll)
 - 3) Kenali faktor resiko sosial demografi yang berhubungan dengan kondisi kehamilan (misalnya usia kehamilan, kemiskinan, ketiadaan pemeriksaan kehamilan dll)
 - 4) Kaji pengetahuan klien dalam mengidentifikasi faktor resiko.
Intervensi yang disusun pada diagnose ke empat resiko cedera pada janin berhubungan dengan faktor resiko usia ibu < 15 tahun atau 35 tahun, paritas banyak, pola makan yang tidak sehat, dan hipertensi (preeklamsia) adalah:
- c. Pemantauan denyut jantung janin
Observasi :
 - 1) Identifikasi riwayat obstetric
 - 2) Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok
 - 3) Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya
 - 4) Periksa denyut jantung janin selama 1 menit
 - 5) Memonitor tanda vital ibu

Terapeotik

- 1) Atur posisi pasien
- 2) Lakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin edukasi
- 3) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 4) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

d. Perawatan kehamialn resiko tinggi

Observasi :

- 1) Identifikasi resiko faktor kehamilan
- 2) Identifikasi riwayat obstetric
- 3) Identifikasi social dan demografi
- 4) Memonitor status fisik dan psikososial
- 5) Kehamilan

Terapeotik

- 1) Damping ibu pada saat merasa cemas
- 2) Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil
- 3) Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran

Edukasi

- 1) Jelaskan resiko janin mengalami kelahiran premature
- 2) Anjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan
- 3) Ajnurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup
- 4) Ajarkan mengenali tanda bahaya

Kolaborasi

- 1) Kolaborasikan dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian ditemukan pada bab sebelumnya dengan menerapkan secara langsung pada asuhan keperawatan dengan judul asuhan keperawatan pada Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia di Rumah Sakit Daerah Kota Makassar tahun 2023, maka disimpulkan hal sebagai berikut :

1. Ditemukan adanya kesenjangan data antara pengkajian pada teori dan pengkajian pada kasus Asuhan keperawatan Ny. K G2 P0 A1 usia genestasi 35 minggu preekiamsia di Rumah Sakit Daerah Kota Makassar Tahun 2023.
2. Ditemukan adanya kesenjangan data antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagosa keperawatan pada Asuhan keperawatan Ny. K G2 P0 A1 usiah genestasi 35 minggu dengan preeklamsia di wilayah kerja Rumah Sakit Daerah Kota Makassar Tahaun 2023 yaitu diagosa ke tiga resiko cedera dengan faktor resiko internal (disfungsi intergrasisensori) dalam kata kasus tidak di temukan dan diagnose ke empat gangguan pola tidur pada data teori tidak temukan.
3. Ditemukan adanya kesenjangan data antara intervensi keperawatan pada teori dan intervensi keperawatan pasa Asuhan keperawatan Ny. K G2 P0 A1 yaitu usia genestasi 35 minggu dengan preeklamsia Di Rumah Sakit Daerah Kota Makassar Tahun 2023.
4. Tidak ditemukan adanya kesejangan antara pelaksanaan tindakan keperawatan pada teori dan pelaksanaan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pada Ny. K G2 P0 A1 usia genestasi 35 minggu dengan preeklamsia Rumah Sakit Daerah Kota Makassar Tahun 2023.
5. Ditemumkan kesenjangan antara evaluasi keperawatan pada teori dan evaluasi keperawatan pasa asuhan keperawatan Ny. K G2 P0 A1 usia gestasi 35 minggu dengan preeklamsia Rumah Sakit Daerah Kota Makassar Tahun 2023 yaitu hanya 1 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencenderbiologis dan 3 diagnosa keperawatan yang tidak teratasi.

B. Saran

Perlu adanya sosialisasi rutin dari rumah sakit daerah kota Makassar tentang perawatan pada ibu hamil. Agar para masyarakat terlebih khusus ibu hamil tahu dan mengerti langkah-langkah serta tindakan yang benar dalam menjaga kesehatan ibu hamil. Hal tersebut sangatlah penting untuk menyadari betapa pentingnya perawatan pada ibu hamil.

DAFTAR

PUSTAKA

- Arisfa, R.2018. Skripsi Adaptasi sistem gastrointetinal pada ibu hamil dengan obesitas di Rumah Sakit Sundari Medan. Diakses pada 8juni 2022 melalui <http://repositori.usu.ac.id>
- Alfiah & Catur. 2019. Jurnal Kebidanan Influence of Physical and Psychological of Pregnant Women Toward Health status of Motherand baby. Diakses pada 9 juni 2022 melalui<http://ejournal.poltekkessmg.ac.id>
- Bobak, dkk.Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4. EGC: Penerbitbuku kedokteran.
- Hasian & Yanti. 2019. Modul Keperawatan Maternitas. Diakses pada 8juni 2022 melalui <http://repository.uki.ac.id>
- Irene, dkk. Perawatan Maternitas dan Ginekologi Edisi 1. EGC: Penerbitbuku kedokteran.
- Laila Rahmi & Rahmi Novita Yusuf.2018. Jurnal Iptek Terapan. Diakses pada 9 juni melalui <https://WWW.researchgate.net/publication>
[on](https://WWW.researchgate.net/publication)
- Ni ketut, Esti, Mira, Tiyas, Retnayu, Aria. 2016. Buku Ajar Keperawatan Maternitas 2. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Nelly Rusdiana.2021. Jurnal Asuhan Keperawatan Risiko Cedera Pada Ibu Hamil Dengan preeklamsia Berat. Diakses pada 8 juni 2022 melalui <http://repo.poltekkesdepkes>
- PPNI (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Defenisi danIndikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi danTindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Satuan Acara Penyuluhan

1. Topik

Mengenal masalah kesehatan preeklamsia pada ibu hamil

2. Sasara

n Ibu
hamil

3. Tujuan

a. Tujuan umum

- 1) Setelah di lakukan penyuluhan tentang “ Mengenal Masalah Kesehatan Preeklmasia Pada Ibu Hamil ” ibu hamil mampu memahami masalah preeklamsia.

b. Tujuan khusus

- 1) Setelah di lakukan penyuluhan tentang “ Mengenal Masalah Kesehatan Preeklmasia Pada Ibu Hamil ” ibu hami. di harapkan mampu :
 - a) Menjelaskan pengertian Preeklmasia
 - b) Menjelaskan tanda dan gejala Preeklamsia
 - c) Menjelaskan penyebab Preeklamsia
 - d) Faktor Ibu Hamil Dengan Preeklamsia

4. Materi

Terlampir mengenal masalah kesehatan jiwa

- a. Pengertian Preeklamsia
- b. Tanda dan gejala Preeklamsia
- c. Penyebab Preeklamsia
- d. Faktor Ibu Hamil Dengan Preeklamsia

5. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

6. Media

B. Poster

Gambar 5.1 Poster penyuluhan pada ibu hamil



1. Waktu

a. Hari/tanggal: Kamis, 02 Juni 2022

b. Jam : 08.00 WITA – Selesai

2. Tempat

Rumah klien

3. Evaluasi

Ibu hamil mampu menjelaskan kembali topik masalah Preeklamsia

4. Sumber

Rustam Muchtar, 1998 & SDKI 2017

5. Pengorganisasian

Pemateri : Frety Sadia Wairoy

Proses penyuluhan

No	Fase	Waktu	Kegiatan
1	Pembukaan	08.10-08.20	<ul style="list-style-type: none">- Salam pembukaan- Perkenalan- Menjelaskan pokok pembahasan dan tujuan penyuluhan
2	Materi	08.25-08.40	<ul style="list-style-type: none">- Menjelaskan materi mengenal masalah Preeklamsia pada ibu hamil melalui poster yang di sediakan
3	Tanya Jawab	09.00-09.15	<ul style="list-style-type: none">- Memberi kesempatan bertanya kepada peserta tentang materi penyuluhan yang telah di berikan.
4	Penutup	09.28-09.30	<ul style="list-style-type: none">- Mengucapkan terima kasih atas peran serta peserta- Mengucapkan salam penutup

Materi Penyuluhan Mengenai Masalah Kesehatan Jiwa

6. Pengertian

Preeklamsia merupakan penyakit yang diderita oleh ibu hamil yang ditandai dengan adanya hipertensi, oedema, dan proteinuria, dimana gejalanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih (Rustam Muchtar, 1998).

7. Tanda dan Gejala

- a. Meningkatnya Tekanan darah
- b. Adanya odema
- c. Proteinuria positif

8. Penyebab Preeklamsia

Komplikasi kehamilan berpotensi berbahaya yang ditandai dengan tekanan darah tinggi.

Preeklamsia biasanya dimulai setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita yang tekanan darahnya telah normal. Hal ini dapat menyebabkan komplikasi serius, bahkan fatal, bagi ibu dan janin.

9. Faktor Ibu Hamil Dengan Preeklamsia

Faktor terjadinya risiko cedera pada janin terkait dengan kejadian ibu hamil dengan preeklamsia berat menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017 yaitu sebagai berikut:

- a. Usia ibu (<15 tahun atau >35 tahun)
- b. Paritas banyak
- c. Riwayat persalinan sebelumnya

- d. Pola makan yang tidak sehat

