

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**PENERAPAN TERAPI RENDAM KAKI AIR HANGAT PADA IBU NIFAS
DENGAN RIWAYAT PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANGAN
KEBIDANAN RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

**OLEH :
JESSY HERIANI
1814901608**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN AJARAN 2019**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Program
Studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang*



**PENERAPAN TERAPI RENDAM KAKI AIR HANGAT PADA IBU NIFAS
DENGAN RIWAYAT PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANGAN
KEBIDANAN RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

**OLEH :
JESSY HERIANI
1814901608**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN AJARAN 2019**

PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Jessy Heriani

NIM : 1814901608

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Penerapan Terapi Rendam Kaki Air Hangat Pada Ibu Nifas Dengan Riwayat Preeklamsia Berat Di Ruang Kebidanan Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam karya ilmiah akhir ners (KIA-N) ini tidak ada karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar ners di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila ternyata kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Bukittinggi,
Yang Membuat Pernyataan

Jessy Heriani

HALAMAN PERSETUJUAN

PENERAPAN TERAPI RENDAM KAKI AIR HANGAT PADA IBU NIFAS
DENGAN RIWAYAT PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANGAN
KEBIDANAN RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018

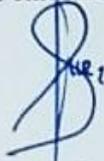
Oleh :

JESSY HERIANI, S.Kep
1814901608

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diseminarkan pada
Bukittinggi, Sabtu/13 Juli 2019

Dosen Pembimbing

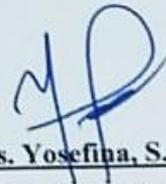
Pembimbing I



(Ns. Mera Delima, M, Kep)

NIK : 1420101107296019

Pembimbing II



(Ns. Yosefina, S. Kep)

NIK : 197510281998032002

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M, Kep)

NIK : 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

**PENERAPAN TERAPI RENDAM KAKI AIR HANGAT PADA IBU NIFAS
DENGAN RIWAYAT PREEKLAMSI BERAT DI RUANGAN
KEBIDANAN RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

Oleh :

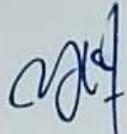
**JESSY HERIANI, S.Kep
1814901608**

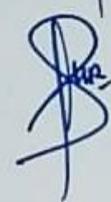
Pada :

**HARI/TANGGAL : 13 Juli 2019
JAM : 11.00-12.00 WIB**

**Dan yang bersangkutan dinyatakan
LULUS**

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Yessi Andriani, M.Kep.Sp.Kep.Mat ()

Penguji II : Ns. Mera Delima, M, Kep ()

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**

(Ns. Mera Delima, M, Kep)

NIK : 1420101107296019

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
KIA-N, Juli 2019**

**Jessy Heriani
1814901608**

Penerapan Terapi Rendam Kaki Air Hangat Pada Ibu Nifas Dengan Riwayat Preeklamsia Berat Di Ruangan Kebidanan Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

V BAB + 118 Halaman + 1 Bagan + 2 Gambar + 8 Tabel + 4 Lampiran

ABSTRAK

Preeklampsia adalah kelainan multiorgan pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi, edema dan proteinuria. Preeklampsia merupakan penyulit utama dalam kehamilan dan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janin. Tujuan penulisan karya ilmiah akhir ners (KIA-N) ini mampu menerapkan terapi non farmakologi yaitu rendam kaki dengan air hangat untuk menurunkan tekanan darah pada ibu nifas dengan riwayat preeklamsia berat diruangan kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018. Metode KIA-N ini adalah metode studi kasus dengan menggunakan alat seperti : spygmomanometer, stopwach, baskom, handuk, stetoskop, lembar observasi. Bahan : air hangat. Karya ilmiah akhir ners ini telah dilaksanakan pada tanggal 1-3 Januari 2018. Berdasarkan pengkajian didapatkan tekanan darah klien tinggi yaitu 160/100 mmHg. Implementasi yang telah dilakukan yaitu terapi rendam kaki air hangat yang diberikan selama 3 hari pada pagi dan malam hari. Hasilnya menunjukkan terjadi penurunan tekanan darah pada hari ketiga tekanan darah 150/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg, namun tidak terlalu signifikan dikarenakan keterbatasan waktu pemberian terapi yang terlalu singkat hanya 3 hari sehingga tidak efektif. Saran : Terapi rendam kaki dengan air hangat ini akan lebih efektif di terapkan pada ibu hamil trimester ke tiga.

Kata Kunci : Preeklamsia, Post partum, Rendam kaki dengan air hangat

Daftar Bacaan : 34 (2006-2019)

**PROGRAM OF NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY
PERINTIS PADANG SCHOOL OF SCIENCE
KIA-N, Juli 2019**

**Jessy Heriani
1814901608**

Application of Footbath Using Warm Water Therapy In Postpartum Mothers With A History Of Severe Preeclamsia In The Obstetric Room Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

V CHAPTER + 118 Pages + 1 Chart + 2 Picture + 8 Table + 4 Attachments.

ABSTRACT

Preeclampsia is a multi-organ disorder in pregnancy characterized by hypertension, edema and proteinuria. Preeclampsia is the main complicator in pregnancy and the main cause of maternal and fetal morbidity and mortality. The purpose of writing finPal scientific papers (KIA-N) is able to expose warm water foot soak therapy to reduce blood pressure in postpartum mothers with a history of severe preeclampsia in the midwifery room of the RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi in 2018. This KIA-N method is a case study method using tools such as: spygmomanometer, stopwach, basin, towel, stethoscope, observation sheet. Material: warm water. This scientific paper was held on january 1-3, 2018. Based on the study it was found that the client's blood pressure was high at 160/100 mmHg. The implementation that has been done is the theraphy of warm water foot soak that is carried out for 3 days morning and night. The results showed a decrease in blood pressure on the third day a blood pressure of 150/100 mmHg to 130/90 mmHg, but not too significant due to the limited time of therafy that is to short only 3 days so it is not effective. Suggestion : warm water foot soak therapy will be more effectively applied to third trimester pregnant women.

Keyword : Preeclampsia, Post Partum, Footbath using warm water

Bibliography : 34 (2006-2019)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Jessy Heriani
Nim : 1814901608
Tempat / Tgl Lahir : Muara Meo/21 Agustus 1996
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
E-Mail : Jessyhrn21@gmail.com
Nama Orang Tua
 Nama Ayah : Janau
 Nama Ibu : Sismawati
Anak Ke : Satu dari dua bersaudara
Alamat : Desa Muara Meo Kec. Tanjung Agung Kab. Muara Enim

Riwayat Pendidikan

| Tahun | Pendidikan |
|--------------|---------------------------------------|
| 2002-2008 | SD Negeri 57 Muara Meo |
| 2008-2011 | SMP Negeri 2 Muara Meo |
| 2011-2014 | SMA Negeri 1 Tanjung Agung |
| 2014-2018 | STIK Siti Khadijah Palembang |
| 2018-2019 | STIKes Perintis Padang Sumatera Barat |

KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah meninggikan derajat orang-orang yang beriman dan berilmu pengetahuan, atas ridho, rahmat dan karunia-Nya hingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul **“Penerapan Terapi Rendam Kaki Air Hangat Pada Ibu Nifas Dengan Riwayat Preeklamsia Berat Di Ruang Kebidanan Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”**. Shalawat serta salam kepada rasulullah SAW atas cahaya islam yang telah beliau wariskan di akhir zaman. Penyusunan KIA-N ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Ners.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis menyadari banyak kesulitan. Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis banyak mendapat bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini dengan ketulusan hati perkenakan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, SKp, M.Biomed, selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep, selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang dan sekaligus pembimbing akademik yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini.

3. Ibu Ns. Yosefina, S.Kep, selaku pembimbing klinik yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk peneliti sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Ibu Ns. Yessi Andriani, M.Kep.Sp.Kep.Mat selaku penguji I terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan didedikasikan terhadap ilmu keperawatan.
5. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Profesi Ners yang telah banyak memberikan ilmu yang bermanfaat kepada penulis selama perkuliahan dan pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
6. Teristimewa ucapan terimakasih peneliti sampaikan kepada orang tua tercinta papa, mama, adik beserta keluarga yang tiada henti mendo'akan dan memberikan motivasi serta dukungan dalam setiap langkah penulis.
7. Rekan-rekan seperjuangan seangkatan 2018 program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang, terkhususnya sahabat yang telah memberikan saran, bantuan, dukungan yang tiada hentinya kepada penulis sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat terselesaikan.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu termasuk kamu sosok yang paling special yang selalu memberikan motivasi dan semangat yang tiada henti hingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat terselesaikan.

Semoga segala amal, kebaikan dan pertolongan yang telah di berikan kepada penulis mendapatkan berkah dari Allah SWT. Akhir kata penulis mohon maaf apabila masih terdapat kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini karena masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Semoga ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan dan berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan dikemudian hari.

Bukittinggi, 13 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| COVER | i |
| SAMPUL | ii |
| LEMBAR BEBAS PLAGIARISME | iii |
| LEMBAR PERSETUJUAN | iv |
| LEMBAR PENGESAHAN | v |
| ABSTRAK | vi |
| ABSTRACT | vii |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP | viii |
| KATA PENGANTAR | ix |
| DAFTAR ISI | xii |
| DAFTAR BAGAN | xiii |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| DAFTAR TABEL | xv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvi |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Tujuan | 6 |
| 1.2.1 Tujuan Umum | 6 |
| 1.2.2 Tujuan Khusus | 6 |
| 1.3 Manfaat | 7 |
| 1.3.1 Bagi Pelayanan di Rumah Sakit | 7 |
| 1.3.2 Bagi Pendidikan | 8 |
| 1.3.3 Bagi Penulis | 8 |
| | |
| BAB II TINJAUAN TEORI | |
| 2.1 Tinjauan Teori Preeklamsia | 9 |
| 2.1.1 Definisi | 9 |
| 2.1.2 Anatomi Fisiologi | 10 |
| 2.1.3 Etiologi | 17 |
| 2.1.4 Klasifikasi | 18 |
| 2.1.5 Manifestasi Klinis | 19 |
| 2.1.6 Patofisiologi | 20 |
| 2.1.7 WOC | 22 |
| 2.1.8 Penatalaksanaan | 23 |
| 2.1.9 Komplikasi | 25 |
| 2.1.10 Pemeriksaan Penunjang | 26 |
| 2.2 Rendam Kaki Air Hangat | 27 |
| 2.2.1 Definisi | 27 |
| 2.2.2 Pengaruh Rendam Kaki dengan Air Hangat | 27 |
| 2.3 Tinjauan Teori <i>Sectio Caesarea</i> | 30 |
| 2.3.1 Definisi | 30 |
| 2.3.2 Etiologi | 31 |
| 2.3.3 Klasifikasi | 34 |
| 2.4 Konsep Dasar Keperawatan Teoritis | 35 |
| 2.4.1 Pengkajian | 35 |
| 2.4.2 Diagnosa Keperawatan | 45 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 2.4.3 Intervensi Keperawatan..... | 46 |
| 2.4.4 Implementasi Keperawatan..... | 53 |
| 2.4.5 Evaluasi..... | 53 |

BAB III TINJAUAN KASUS

| | |
|-----------------------------------|----|
| 3.1 Pengkajian..... | 54 |
| 3.2 Diagnosa Keperawatan..... | 68 |
| 3.3 Intervensi Keperawatan..... | 69 |
| 3.4 Implementasi Keperawatan..... | 73 |
| 3.5 Evaluasi..... | 73 |

BAB IV PEMBAHASAN

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 4.1 Pengkajian..... | 99 |
| 4.2 Diagnosa Keperawatan..... | 100 |
| 4.3 Intervensi Keperawatan..... | 103 |
| 4.4 Implementasi Keperawatan..... | 107 |
| 4.5 Evaluasi..... | 112 |

BAB V PENUTUP

| | |
|---------------------|-----|
| 5.1 Kesimpulan..... | 117 |
| 5.2 Saran..... | 118 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

| | |
|---------------------|----|
| Bagan 2.1 WOC | 22 |
|---------------------|----|

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 organ uterus, vagina, ovarium | 10 |
| Gambar 2.2 organ reproduksiekternal..... | 12 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|-----|
| Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Teoritis | 46 |
| Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan..... | 55 |
| Tabel 3.2 Pola Kebiasaan Post Partum | 58 |
| Tabel 3.3 Pemeriksaan Fisik | 61 |
| Tabel 3.4 Analisa Data..... | 65 |
| Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Kasus..... | 69 |
| Tabel 3.6 Implementasi..... | 73 |
| Tabel 4.1 Observasi Tekanan Darah | 109 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar ACC

Lampiran 2 SOP Rendam Kaki dengan Air Hangat

Lampiran 3 Leaflet Preeklamsia

Lampiran 4 Lembar Observasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Preeklamsia merupakan penyakit khas pada kehamilan yang memperlihatkan gejala trias (hipertensi, edema, proteinuria) kadang-kadang hanya hipertensi dan edema atau hipertensi dan proteinuria (dua gejala dari trias dan satu gejala yang harus ada yaitu hipertensi). Preeklamsia merupakan penyulit utama dalam kehamilan dan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janin. Angka kematian ibu yang disebabkan oleh preeklamsia masih tinggi (Pusdatin, 2014).

Menurut World Health Organization (WHO) angka kejadian preeklamsia berkisar antara 0,51% - 38,4%. World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa ada 39.8% per 500.000 kematian ibu melahirkan diseluruh dunia setiap tahunnya, 99% diantaranya terjadi di negara berkembang. Angka kejadian preeklamsia didunia sebesar 46%, di Indonesia 75%, di Afrika 62%, di Asia Selatan 24%, India 17% dan Singapura 6,6%. Di Indonesia preeklamsia masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu, yang berkisar 15%-25%, sedangkan kematian bayi antara 45%-50% (Pratiwi, 2015) .

Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) 2016, di Indonesia terdapat kenaikan angka kematian ibu (AKI) dari 291 per 100.000 kelahiran menjadi 412 per 100.000 kelahiran. SDKI (2016), menyebut penyebab AKI

antara lain perdarahan 22%, preeklamsia dan eklamsia 45%, partus lama 26% dan komplikasi aborsi 18% (Sabattani, 2016)

Data Laporan Kematian ibu di Dinas Kesehatan Sumatera Barat kasus kematian ibu di Sumatera Barat pada tahun 2014 adalah 99 kasus, pada tahun 2015 adalah 102 kasus, pada tahun 2016 sebanyak 108 kasus dan pada tahun 2017 sebanyak 113 kasus mengalami peningkatan setiap tahunnya (Dinkes Sumbar, 2018)

Laporan tahunan Dinas Kesehatan Kota Padang penyebab kematian maternal pada tahun 2015-2016 adalah preeklamsia-eklamsia 31,25%, perdarahan 18,75% dan infeksi 12,5% dapat diketahui bahwa setiap tahunnya penyebab utama kematian ibu (Dinkes Kota Padang, 2015). Sebagian besar ibu hamil yang mengalami hipertensi yaitu pada umur kurang dari 20 tahun (65,5%), Primipara (52,7%), dan ibu hamil yang memiliki riwayat hipertensi (preeklamsia-eklamsia) (55,6%) (Hasni, 2017)

Penyakit preeklamsia disebabkan oleh beberapa faktor antara lain umur, paritas, riwayat kehamilan yang lalu, status gizi, riwayat keluarga, ibu hamil dengan gangguan fungsi organ (diabetes mellitus, penyakit ginjal, migrain, dan hipertensi). Perempuan hamil dengan dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun dianggap beresiko mengalami preeklamsia. Hal ini disebabkan seiring peningkatan usia akan terjadi proses degeneratif yang meningkatkan resiko hipertensi kronis dan wanita dengan resiko hipertensi kronik akan lebih besar mengalami preeklamsia. Preeklamsia dapat menimbulkan gangguan baik bagi janin maupun ibu. Kondisi preeklamsia dan eklamsia akan memberi pengaruh

buruk bagi kesehatan janin akibat penurunan perfusi utero plasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta (Asmana, 2013).

Preeklamsia dapat menimbulkan gejala-gejala seperti nyeri kepala berat pada bagian depan atau belakang kepala yang diikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal, gangguan penglihatan, pandangan kabur dan terkadang bisa menjadi kebutaan sementara, ibu merasa gelisah dan tidak bisa bertoleransi dengan suara berisik atau gangguan lainnya, edema, nyeri perut pada bagian ulu hati yang kadang disertai mual dan muntah, gangguan pernafasan, terjadi gangguan kesadaran, dengan pengeluaran proteinuria keadaan berat, karena terjadi fungsi ginjal (Nurarif, 2015).

Peran perawat sangat penting disini, perawat merupakan bagian dari pemberi pelayanan kesehatan diharapkan mempunyai perhatian yang tinggi dalam membantu ibu untuk meminimalkan dampak dari preelamsai berat baik secara fisik maupun psikologis (Machmudah, 2015). Pertama perawat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat harus memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan. Yang kedua perawat berperan sebagai advokad dimana peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga menginterpretasikan berbagai informasi, yang ketiga perawat berperan sebagai edukator peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang akan diberikan (Azwar, 2013).

Preeklamsia ada dua macam yaitu preeklamsia ringan dan preeklamsia berat, preeklamsia ringan ditandai dengan tingginya tekanan darah mencapai 140/90 mmHg, edema umum pada kaki, jari, tangan dan wajah, kenaikan BB 1 Kg atau bahkan bisa lebih dalam 1 minggu, proteinuria kuantitatif 0,3 gr/L, sedangkan pada preeklamsia berat biasanya ditandai dengan tingginya tekanan darah mencapai 160/110 bahkan bisa lebih, proteinuria 5 gr/L, oliguria jumlah urine <500 cc/24 jam, adanya gangguan serebral atau kesadaran, gangguan penglihatan, rasa nyeri pada epigastrium dan trombosit < 100.000/mm (Nurarif, 2015).

Preeklamsia memiliki dampak terhadap ibu dan juga janin. Ibu dapat mengalami eklamsia (kelainan pada masa kehamilan, dalam persalinan, atau masa nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang), solusio placenta (lepasnya plasenta dari dinding rahim bagian dalam sebelum proses persalinan), kelainan pembekuan darah (DIC), sindrom hellp (gangguan organ hati dan darah), ablatio retina (lepasnya retina dari jaringan penyokongnya), gagal jantung hingga syok dan kematian. Sedangkan pada janin, janin dapat mengalami penghambatan pertumbuhan dalam uterus, prematur, asfiksia neonatum, kematian dalam uterus, peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal (Sabattani, 2016).

Preeklamsia masih menjadi salah satu penyebab angka kematian ibu dan janin tinggi sehingga salah satu kebijakan nasional untuk meminimalkan angka kematian ibu dan bayinya dengan menggunakan alternative dalam menangani preeklamsia yaitu dengan tindakan *sectio caesarea* (Eriyani, 2018)

Peran perawat dalam menurunkan AKI antara lain : memberikan pendidikan tentang kehamilan dan persalinan, pengawasan pada kunjungan ke pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan dan nifas disini peran perawat sangat diperlukan. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran (Setyaningsih, 2016).

Perawat juga berperan dalam memberikan intervensi yang dapat menurunkan tekanan darah pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat dengan penatalaksanaan nonfarmakologi seperti terapi herbal, terapi nutrisi, aromaterapi, pijat refleksiologi dan terapi rendam kaki dengan air hangat, (Rahim, 2015). Terapi yang diterapkan pada pasien yaitu terapi nonfarmakologi rendam kaki dengan air hangat (Sabattani, 2016).

Penelitian terdahulu oleh Sabattani (2016) tentang efektivitas rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita preeklamsia di Puskesmas Ngaliyan Semarang tahun 2016. Hasil penelitian didapatkan dari 30 ibu hamil dengan preeklamsia sebanyak 16 ibu hamil yang dilakukan penerapan rendam kaki dengan air hangat dan terbukti ada pengaruh efektivitas rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita preeklamsia dengan *pvalue* = 0,001.

Dari hasil observasi yang mahasiswa lakukan pada tanggal 31 Desember 2018 di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi didapatkan prevalensi preeklamsia berat 88 orang pada tahun 2017 dengan tekanan darah 160/100 mmHg hingga 180/110 mmHg. Hal ini menunjukkan tingginya angka

kejadian preeklamsia berat di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi khususnya di ruangan KB IGD. Maka dari itu mahasiswa Program Studi Ners STIKes Perintis Padang tertarik untuk mengangkat preeklamsia berat untuk dijadikan sebagai kasus KIA-N.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Penulis dapat memahami konsep dan mengaplikasikan secara langsung dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan preeklamsia berat di KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan preeklamsia berat, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami konsep dasar pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- b. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

- d. Mampu melakukan salah satu intervensi dari jurnal tentang rendam kaki dengan air hangat pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- e. Mampu menerapkan langsung tindakan keperawatan dengan terapi rendam kaki dengan air hangat pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- f. Mampu menganalisis evaluasi keperawatan pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di Ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3 Manfaat Penulisan

Studi kasus ini, diharapkan memberikan manfaat bagi:

1.3.1 Bagi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Sebagai evaluasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif terutama pada klien preeklamsia berat.

1.3.2 Bagi Pendidikan

Sebagai sumber bahan bacaan atau referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan, khususnya pada klien dengan preeklamsia berat, dan menambah pengetahuan bagi para pembaca.

1.3.3 Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu keperawatan khususnya penatalaksanaan asuhan keperawatan klien dengan Preeklamsia Berat.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Landasan Teori Preeklamsia Berat

2.1.1 Definisi Preeklamsia

Preeklamsia adalah kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi, edema dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 20 minggu (Nurarif, 2015).

Preeklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan dimana tekanan darah sistole diatas 140 mmHg dan diastole diatas 90 mmHg dan disertai dengan proteinuria (Saifuddin, 2012)

Preeklamsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia 20 minggu atau segera setelah persalinan (Keman, 2014).

Dari beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa preeklamsia adalah kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi atau peningkatan tekanan darah dimana tekanan darah sistole diatas 140 mmHg dan diastole diatas 90 mmHg, edema dan proteinuria pada usia kehamilan 20 minggu.

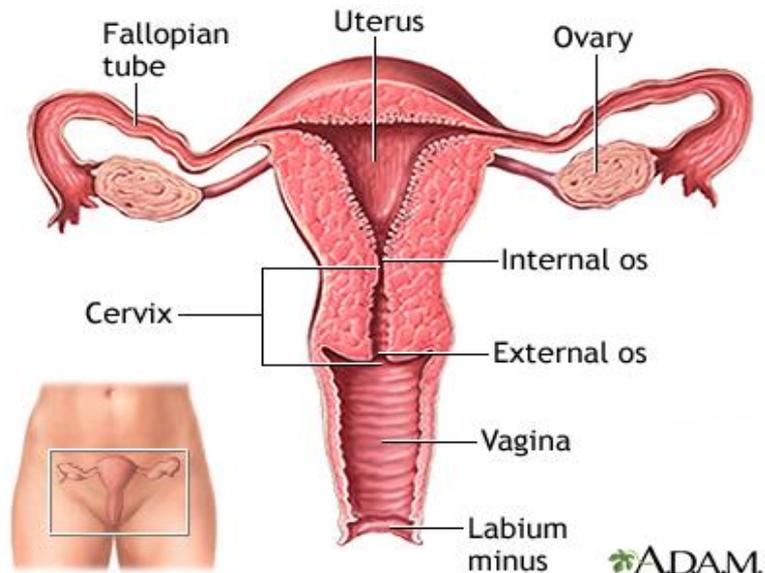
2.1.2 Anatomi Fisiologi

a. Perubahan Fisiologi Wanita Hamil

Segala perubahan fisik dialami wanita selama hamil berhubungan dengan beberapa sistem yang disebabkan oleh efek khusus dari hormon. Perubahan ini terjadi dalam rangka persiapan perkembangan janin, menyiapkan tubuh ibu untuk bersalin, perkembangan payudara untuk pembentukan/produksi air susu selama masa nifas(Oktarina, 2016).

b. Uterus

Gambar 2.1
Uterus, vagina, ovarium



Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus. Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk uterus seperti buah advokat,

agak gepeng. Pada kehamilan 4 bulan uterus berbentuk bulat dan pada akhir kehamilan kembali seperti semula, lonjong seperti telur.

Perkiraan umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri :

- 1) Pada kehamilan 4 minggu fundus uteri blum teraba
- 2) Pada kehamilan 8 minggu, uterus membesar seperti telur bebek fundus uteri berada di belakang simfisis.
- 3) Pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa, fundus uteri 1-2 jari di atas simfisis pubis.
- 4) Pada kehamilan 16 minggu fundus uteri kira-kira pertengahan simfisis dengan pusat
- 5) Kehamilan 20 minggu, fundus uteri 2-3 jari di bawah pusat.
- 6) Kehamilan 24 minggu, fundus uteri kira-kira setinggi pusat.
- 7) Kehamilan 28 minggu, fundus uteri 2-3 jari di atas pusat.
- 8) Kehamilan 32 minggu, fundus uteri pertengahan umbilicus dan prosessus xypoideus.
- 9) Kehamilan 36-38 minggu, fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah prosessus xypoideus.
- 10) Kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali kira-kira 3 jari di bawah prosessus xypoideus (Manuaba, 2012).

c. Vagina

Vagina dan vulva juga mengalami perubahan akibat hormon estrogen sehingga tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut tanda Chadwick (Hamilton, 2012).

d. Ovarium

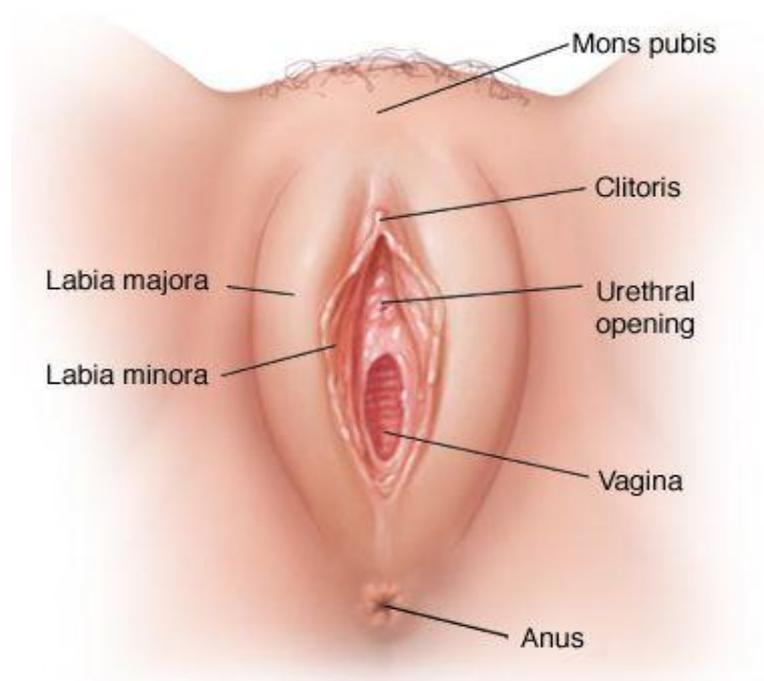
Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatis sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Namun akan mengecil setelah plasenta terbentuk, korpus luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat laun fungsi ini akan diambil alih oleh plasenta (Hamilton, 2012).

e. Payudara

Payudara akan mengalami perubahan, yaitu mebesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Areola mammapun tampak lebih hitam karena hiperpigmentasi (Hamilton, 2012).

f. Organ Reproduksi Eksternal

Gambar 2.2
Organ Reproduksi Eksternal



Keterangan :

1) Mons Veneris

Mons veneris adalah bagian menonjol diatas simfisis. Pada wanita dewasa ditutupi oleh rambut kemaluan. Pada wanita umumnya batas atasnya melintang sampai pinggir atas simfisis, sedangkan ke bawah sampai sekitar anus dan paha.

2) Labia Mayora (bibir-bibir besar)

Terdiri atas bagian kanan dan kiri, lonjong mengecil kebawah, terisi jaringan lemak serupa dengan yang ada di mons veneris. Ke bawah dan belakang kedua labia mayora bertemu dan membentuk kommissura posterior.

3) Labia Minora (bibir-bibir kecil)

Labia Minora adalah suatu lipatan tipis dari kulit sebelah dalam bibir besar. Ke depan kedua bibir kecil bertemu dan membentuk diatas klitoris preputium klitoridis dan dibawah klitoris frenulum klitoridis. Ke belakang kedua bibir kecil bersatu dan membentuk fossa navikulare. Kulit yang meliputi bibir kecil mengandung banyak glandula sebacea dan urat saraf yang menyebabkan bibir kecil sangat sensitif dan dapat mengembang.

4) Klitoris

Kira-kira sebesar kacang ijo tertutup oleh preputium klitoridis, terdiri atas glans klitoridis, korpus klitoridis, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke os pubis. Glans klitoridis terdiri atas jaringan yang dapat mengembang, penuh urat saraf dan amat sensitif.

5) Vulva

Bentuk lonjong dengan ukuran panjang dari muka ke belakang dan dibatasi dimuka oleh klitoris, kanan dan kiri oleh kedua bibir kecil dan dibelakang oleh perineum; embriologik sesuai sinus urogenitalis. Di vulva 1-1,5 cm di bawah klitoris ditemukan orifisium uretra eksternum (lubang kemih) berbentuk membujur 4-5 mm dan .tidak jauh dari lubang kemih di kiri dan kananbawahnya dapat dilihat dua ostia skene. Sedangkan di kiri dan bawah dekat fossa navikular terdapat kelenjar bartholin, dengan ukuran diameter \pm 1 cm terletak dibawah otot konstriktor kunni dan mempunyai saluran kecil panjang 1,5-2 cm yang bermuara di vulva. Pada koitus kelenjar bartolin mengeluarkan getah lendir.

6) Introitus Vagina

Mempunyai bentuk dan ukuran berbeda , ditutupi selaput dara (hymen). Himen mempunyai bentuk berbeda – beda.dari yang semilunar (bulan sabit) sampai yang berlubang- lubang atau yang ada pemisahanya (septum)konsistensinya dari yang kaku sampai yang lunak sekali. Hiatus himenalis (lubang selaput dara) berukuran dari yang seujung jari sampai yang mudah dilalui oleh 2 jari. Umumnya himen robek pada koitus. Robekan terjadi padatempat jam 5 atau jam 7 dan sampai dasar selaput dara. Sesudah persalinan himen robek pada beberapa tempat.

7) Perineum

Perineum adalah area kulit yang terletak antara vulva dan anus , panjangnya rata-rata 4 cm yang dapat robek ketika melahirkan atau secara sengaja digunting guna melebarkan jalan keluar bayi (episiotomi).

g. Sistem Sirkulasi

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah akan bertambah kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan *cardiac output* yang meninggi kira-kira 30% (Hamilton, 2012).

h. Sistem Respirasi

Wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh rasa sesak nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas karena usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak (Hamilton, 2012).

i. Digestivus

Pada bulan pertama kehamilan terdapat perasaan mual (nausea) karena hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot traktus digestivus juga menurun. Pada bulan-bulan pertama kehamilan tidak jarang dijumpai gejala muntah pada pagi hari yang dikenal sebagai morning sickness dan bila terlampau sering dan banyak dikeluarkan disebut hiperemesis gravidarum (Hamilton, 2012).

j. Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang membesar sehingga ibu lebih sering kencing dan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan, namun akan timbul lagi pada akhir kehamilan karena bagian terendah janin mulai turun memasuki Pintu Atas Panggul (Hamilton, 2012).

k. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh hormon *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi, dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Namun Pada kulit perut dijumpai perubahan kulit menjadi kebiru-biruan yang disebut striae livide (Hamilton, 2012).

1) Metabolisme dalam Kehamilan

Pada wanita hamil Basal Metabolik Rate (BMR) meningkat hingga 15-20 %. Kelenjar gondok juga tampak lebih jelas, hal ini ditemukan pada kehamilan trimester akhir. Protein yang diperlukan sebanyak 1 gr/kg BB perhari untuk perkembangan badan, alat kandungan, mammae, dan untuk janin, serta disimpan pula untuk laktasi nanti. Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang terutama pada trimester ketiga. Dengan demikian makanan ibu hamil harus mengandung kalsium, paling tidak 1,5-2,5 gr perharinya sehingga dapat diperkirakan 0,2-0,7 gr kalsium yang tertahan untuk keperluan janin sehingga janin tidak akan mengganggu kalsium ibu. Wanita hamil juga memerlukan tambahan zat besi sebanyak 800 mg untuk pembentukan haemoglobin dalam darah sebagai persiapan agar tidak terjadi perdarahan pada waktu persalinan (Hamilton, 2012).

2) Kenaikan Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Perkiraan peningkatan berat badan adalah 4

kg dalam kehamilan 20 minggu, dan 8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir) jadi totalnya 12,5 kg(Hamilton, 2012).

2.1.3 Etiologi

Penyebab preeklamsi sampai sekarang belum di ketahui secara pasti,tapi pada penderita yang meninggal karena preeklamsia terdapat perubahan yang khas pada berbagai alat.Tapi kelainan yang menyertai penyakit ini adalah spasmus arteriole, retensi Na dan air dan coagulasi intravaskulaer.

Walaupun vasospasmus mungkin bukan merupakan sebab primer penyakit ini, akan tetapi vasospasmus ini yang menimbulkan berbagai gejala yang menyertai preeklamsi.

a. Vasospasmus menyebabkan :

- 1) Hipertensi
- 2) Pada otak (sakit kepala, kejang)
- 3) Pada placenta (solution placentae, kematian janin)
- 4) Pada ginjal (oliguri, insuffisiensi)
- 5) Pada hati (icterus)
- 6) Pada retina (amourose)

b. Teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab preeklamsia yaitu :

- 1) Bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa.
- 2) Bertambahnya frekuensi seiring makin tuanya kehamilan.
- 3) Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus.

4) Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

c. Factor Perdisposisi Preeklamsi

1) Primigravida

2) Molahidatidosa, diabetes melitus, bayi besar

3) Kehamilan ganda

4) Hidrocephalus

5) Obesitas

6) Umur yang lebih dari 35 tahun

7) Riwayat keluarga pernah preeklamsia/eklamsia

8) Hipertensi yang sudah ada sebelum hamil

(Nurarif, 2015).

2.1.4 Klasifikasi

Menurut (Nurarif, 2015) Preeklamsi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu sebagai berikut :

a. Preeklamsi ringan

1) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring telentang atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya 2x pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam.

2) Edema umum, kaki, jari tangan dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu

3) Proteinurin kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urin cateter atau midstream

b. Preeklampsia berat

- 1) Bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil sudah dapat digolongkan preeklampsia berat.
- 2) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih.
- 3) Proteinuria lebih dari 3g/liter
- 4) Oliguria, yaitu jumlah urin <500 cc/24 jam
- 5) Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri di epigastrium
- 6) Terdapat oedema & cyanosis
- 7) Trombosit <100.00/mm

(Nurarif, 2015).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Pada preeklampsia berat dijumpai gejala-gejala sebagai berikut :

- a. Nyeri kepala berat pada bagian depan atau belakang kepala yang diikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal.
- b. Gangguan penglihatan pasien akan melihat kilatan-kilatan cahaya, pandangan kabur, dan terkadang bisa terjadi kebutaan sementara.
- c. Iritabel ibu merasa gelisah dan tidak bisa bertoleransi dengan suara berisik atau gangguan lainnya.
- d. Nyeri perut pada bagian ulu hati (bagian epigastrium yang kadang disertai dengan mual dan muntah.
- e. Gangguan pernafasan sampai cyanosis.
- f. Terjadi gangguan kesadaran.

- g. Dengan pengeluaran proteinuria keadaan semakin berat, karena terjadi gangguan fungsi ginjal (Nurarif, 2015).

2.1.6 Patofisiologi

Pada pre eklampsia terdapat penurunan plasma dalam sirkulasi dan terjadi peningkatan hematokrit. Perubahan ini menyebabkan penurunan perfusi ke organ, termasuk ke utero plasental fetal unit. Vasospasme merupakan dasar dari timbulnya proses pre eklampsia. Konstriksi vaskuler menyebabkan resistensi aliran darah dan timbulnya hipertensi arterial. Vasospasme dapat diakibatkan karena adanya peningkatan sensitivitas dari sirkulasi pressors. Pre eklampsia yang berat dapat mengakibatkan kerusakan organ tubuh yang lain. Gangguan perfusi plasenta dapat sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya Intra Uterin Growth Retardation.

Pada preeklampsia terdapat penurunan plasma dalam sirkulasi dan terjadi peningkatan hematokrit, dimana perubahan pokok pada preeklampsia 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:

- a. 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.

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. 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.

d. Rahim

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

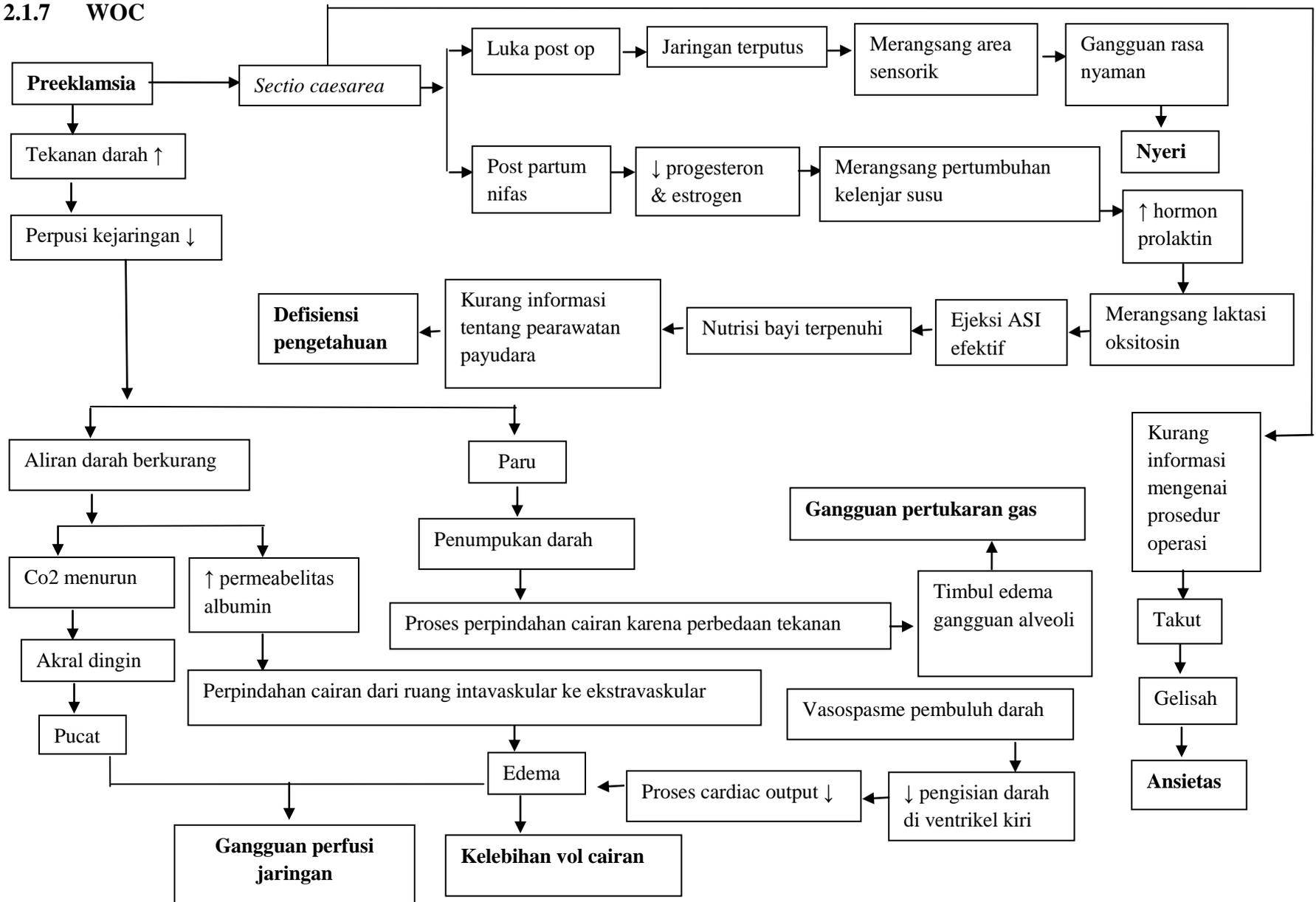
e. Paru

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.

f. Hepar

Penurunan perfusi ke hati dapat mengakibatkan oedema hati, dan perdarahan subskapular sehingga sering menyebabkan nyeri epigastrium, serta ikterus (Hamilton, 2012).

2.1.7 WOC



Sumber : Nurarif, 2015

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan preeklamsia terbagi menjadi dua, yaitu :

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Jika tekanan diastolik >110 mmHg berikan anti hipertensi sampai tekanan diastolik diantara 90-100 mmhg.
- 2) Pasang infus RL
- 3) Ukur keseimbangan cairan jangan sampai terjadi overload
- 4) Kateterisasi urine untuk pengeluaran volume dan proteinuria
- 5) Pantau pasien untuk menghindari terjadinya kejang
- 6) Observasi TTV, refleks dan DJJ setiap jam
- 7) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru, krefitasi merupakan tanda edema paru, jika ada edema maka stop pemberian cairan dan berikan diuretic misalnya furosemide 40 mg IV
- 8) Anti hipertensi misalnya (hidralazin 5 mg IV)
- 9) Anti konvulsan magnesium sulfat ($MgSO_4$) untuk mengatasi kejang

Dosis awal :

- a) $MgSO_4$ 4g IV sebagai larutan 40% selama 5 menit
- b) Segera dilanjutkan dengan pemberian 10g larutan $MgSO_4$ 50%, masing-masing 5g dibokong kanan dan kiri secara IM ditambah 1 ml lignokain 2% pada semprit yang sama. Pasien akan merasa agak panas sewaktu pemberian $MgSO_4$.

- c) Jika kejang berulang setelah 15 menit, berikan MgSO₄ 2g (larutan 40% IV selama 5 menit).

Dosis pemeliharaan :

- a) MgSO₄ 50% 5g + lignokain 2% ml Im setiap 4 jam
- b) Lanjutkan sampai 2 jam pasca persalinan atau kejang terakhir
- c) Sebelum pemberian MgSO₄, periksa (frekuensi pernafasan minimal 16/menit, reflek pattela (+), urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir
- d) Stop pemberian MgSO₄, jika (frekuensi pernafasan <16/menit, Reflek pattela (-), urin <30 ml/jam
- e) Siapkan anti dotum : jika terjadi henti nafas bantu dengan ventilator
- f) Alternatif lainn adalah diazepam 10 mg IV selama 2 menit (Nurarif, 2015).

b. Penatalaksanaan keperawatan

Pre op

- 1) Tirah baring
- 2) Diet rendah garam dan tinggi protein (diet preeklamsia)
- 3) Pasang kateter tetap bila perlu

Post op

- 1) Mobilisasi

Pada hari pertama setelah operasi penderita harus turun dari tempat tidur dengan dibantu paling sedikit 2 kali. Pada hari kedua penderita sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan (Wiknjasastro, 2012).

- 2) Pantau TTV setiap 15 menit pada 1 jam pertama
- 3) Pantau perdarahan dan urine

2.1.9 Komplikasi

Menurut Pudiastuti, (2013) Komplikasi preeklamsia dapat terjadi pada :

- a. Pada ibu
 - 1) Eklamsia
 - 2) Solusio plasenta
 - 3) Perdarahan subkapsula hepar
 - 4) Kelainan pembekuan darah (DIC)
 - 5) Sindrom hellp (hemolisis, elevated, liver, enzymes, dan low platelet count).
 - 6) Ablatio retina
 - 7) Gagal jantung hingga syok dan kematian
- b. Pada janin
 - 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
 - 2) Prematur
 - 3) Asfiksia neonatum
 - 4) Kematian dalam uterus
 - 5) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal

2.1.10 Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah
 - a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal

hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%).

- b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%).
- c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³).

2) Urinalisis : ditemukan protein dalam urine

3) Pemeriksaan fungsi hati

- a) Bilirubin meningkat (N=<1 mg/dl)
- b) LDH meningkat
- c) Aspartat aminotransferase (AST) >60 u/l
- d) Serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N=15-45 u/ml)
- e) Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N=<31 u/l)
- f) Total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/dl)
- g) Tes kimia darah : asam urat meningkat (N=2,4-2,7 mg/dl)

b. Radiologi

1) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus, pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat dan volume cairan ketuban sedikit.

2) Kardiografi : Diketahui denyut jantung janin lemah

c. USG : untuk mengetahui keadaan janin

d. NST : untuk mengetahui kesejahteraan janin(Nurarif, 2015).

2.2 Rendam Kaki dengan Air Hangat

2.2.1 Definisi

Rendam kaki adalah terapi dengan cara merendam kaki hingga batas 10-15 cm diatas mata kaki menggunakan air hangat. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan aliran darah pada bagian kaki. Secara ilmiah air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh. Pertama berdampak pada pembuluh darah dimana hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi lancar, yang kedua adalah faktor pembebanan di dalam air yang akan menguatkan otot-otot dan ligament yang mempengaruhi sendi tubuh (Rahim, 2015)

2.2.2 Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Hipertensi dalam Kehamilan

Teknik dari terapi ini yaitu dengan menggunakan air hangat yang bersuhu 37-39°C selama 15-20 menit secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas dari air hangat ke tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan dapat menurunkan ketegangan otot. Tujuan dari terapi ini adalah untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi edema, meningkatkan relaksasi otot, menyehatkan jantung, mengendorkan otot-otot, menghilangkan stress, meringankan rasa sakit, meningkatkan permeabilitas kapiler, memberikan kehangatan pada tubuh sehingga sangat bermanfaat untuk terapi penurunan tekanan darah pada ibu hamil dengan preeklamsia (Sabattani, 2016)

Pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Secara ilmiah air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh. Pertama berdampak pada pembuluh darah dimana hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi besar atau memperlebar pembuluh darah, yang kedua adalah faktor pembebanan didalam air yang akan menguatkan otot-otot dan ligamen yang mempengaruhi sendi tubuh. Terapi rendam kaki air hangat mampu mengurangi tingkat stress dengan cara merangsang produksi endorfin yang memiliki sifat analgesik (Rahim, 2015).

Prinsip kerja hidroterapi rendam air hangat yaitu dengan sistem konduksi terjadi perpindahan panas/hangat dari air hangat ke dalam tubuh akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan ketegangan otot sehingga dapat memperlancar peredaran darah yang akan mempengaruhi tekanan arteri oleh baroreseptor pada sinus kortikus dan arkus aorta yang menyampaikan impuls yang dibawa serabut saraf yang membawa isyarat dari semua bagian tubuh untuk menginformasikan kepada otak perihal tekanan darah, volume darah dan kebutuhan khusus semua organ ke pusat saraf simpatis ke medulla sehingga akan merangsang tekanan sistolik yaitu regangan otot ventrikel akan merangsang ventrikel untuk segera berkontraksi. Pada awal kontraksi, katup aorta dan katup semilunar belum terbuka. Untuk membuka katup aorta, tekanan didalam ventrikel harus melebihi tekanan katup aorta (Istiqomah, 2017). Keadaan dimana kontraksi ventrikel mulai terjadi sehingga dengan adanya pelebaran

pembuluh darah aliran darah akan lancar sehingga akan mudah mendorong darah masuk ke jantung sehingga menurunkan tekanan sistolik. Pada tekanan diastolik keadaan relaksasi ventrikular isovolemik saat ventrikel berelaksasi, tekanan didalam ventrikel turun drastis, aliran darah lancar dengan adanya pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi penurunan tekanan diastolik (Ulya, 2017)

Kerja air hangat pada dasarnya meningkatkan aktivitas molekuler sel dengan metode pengaliran energi melalui konveksi (pengaliran lewat medium cair). metode perendaman kaki dengan air hangat memberikan efek fisiologis terhadap beberapa bagian tubuh organ manusia. Berikut ini adalah beberapa organ yang mengalami perubahan fisiologis, yaitu :

a. Jantung

Tekanan hidrostastik air terhadap tubuh mendorong aliran darah dari kaki menuju ke rongga dada dan darah akan berakumulasi dipembuluh darah besar jantung. Air hangat akan mendorong pembesaran pembuluh darah kulit dan meningkatkan denyut jantung. Efek ini berlangsung cepat setelah terapi diberikan

b. Jaringan Otot

Air hangat dapat mengendorkan otot sekaligus memiliki efek anagesik. Tubuh yang lelah akan menjadi segar dan mengurangi rasa letih yang berlebihan.

c. Sistem endokrin

Berendam menggunakan air hangat dapat melepaskan dan meningkatkan sekresi hormon pertumbuhan tubuh. Sirkulasi hormon kortisol misalnya air hangat dapat meningkatkan sekresi hormon tersebut dan menimbulkan rasa kegembiraan bagi seseorang. Pada terapi merendam kaki dengan air hangat dapat menyebabkan efek sopartifik (efek ingin tidur), hal ini kemungkinan dapat disebabkan oleh peningkatan sekresi hormon melatonin sebagai dampak dari rendam air hangat pada kaki sehingga seseorang yang merendam kakinya dengan air hangat dapat meningkat kualitas tidurnya.

2.3 Tinjauan Teori *Sectio Caesarea*

2.3.1 Definisi

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali dalam keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marni, 2012).

Sectio Caesarea merupakan sebuah tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim. Selain itu, *sectio caesarea* adalah lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Indikasi untuk dilakukan *Sectio Caesarea* adalah apabila terdapat

kesulitan selama persalinan yang terjadi pada ibu maupun bayi (Eriyani, 2018)

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Warniati, 2019)

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif, 2015).

Dari beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa *sectio Caesarea* merupakan sebuah tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.

2.3.2 Etiologi

Menurut Nurarif, (2015) Pada persalinan normal bayi akan keluar melalui vagina, baik dengan alat maupun dengan kekuatan ibu sendiri. Dalam keadaan patologi kemungkinan dilakukan operasi *sectio caesarea*.

Faktor-Faktor Penyebab *Sectio Caesarea*:

a. Etiologi yang berasal dari ibu

1) Preeklamsia berat (PEB)

Preeklamsia adalah kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi atau peningkatan

tekanan darah dimana tekanan darah sistole diatas 140 mmHg dan diastole diatas 90 mmHg, edema dan proteinuria pada usia kehamilan 20 minggu. Preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

2) CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Ada beberapa kesempitan panggul, yaitu kesempitan pintu atas panggul, kesempitan panggul tengah dan kesempitan pintu bawah panggul.

3) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai.

Adapun penyebab Sectio caesarean lainnya, yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, plasenta previa, terutama pada primigravida, solusio plasenta

tingkat I-II, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

1) Janin Besar (Makrosomia)

Makrosomia atau janin besar adalah taksiran berat janin diatas 4.000 gram. Di negara berkembang, 5 % bayi memiliki berat badan lebih dari 4.000 gram pada saat lahir dan 0,5 % memiliki berat badan lebih dari 4.500 gram. Ada beberapa faktor ibu yang menyebabkan bayi besar, yaitu ibu dengan diabetes, kehamilan post-term, obesitas pada ibu, dan lain-lain.

2) Kelainan Letak Janin

3) Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

4) Fetal distress/gawat janin

5) Plolapsus tali pusat dengan pembekuan kecil

6) Kegagalan persalinan vakum atau porceps ekstraksi.

2.3.3 Klasifikasi

Menurut Nurarif (2015), jenis-jenis *sectio caesarea* adalah :

a. *Sectio caesarea* transperitonealis

1) *Sectio caesarea* klasik (*corporal*)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm, tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekeruan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

2) *Sectio caesarea* ismika (*profunda*)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawa rahim (*low cervical tranfersal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

3) *Sectio casarea vaginalis*

Menurut arah sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

- a) Sayatan memanjang (*longitudinal*)
- b) Sayatan melintang (*tranversal*)
- c) Sayatan huruf T (T-incision)

2.4 Konsep Dasar Keperawatan Teoritis

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

a. Data Biografi

Identitas umum ibu meliputi nama, tempat tanggal lahir,/umur, alamat, suku bangsa, pekerjaan, agama.

1) Nama

Untuk mengetahui nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui biasanya sering terjadi pada primigravida < 20 tahun atau > 35 tahun.

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

4) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

5) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b. Riwayat Kehamilan

Biasanya hipertensi dalam kehamilan paling sering terjadi pada ibu hamil primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa dan semakin tuanya usia kehamilan (Chandranita, 2006).

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Biasanya klien dengan preeklamsia mengeluh demam, sakit kepala dan peningkatan tekanan darah (Chandranita, 2006).

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Terjadi peningkatan tekanan darah, oedema bisa pada ekstremitas bahkan wajah, pusing, nyeri pada epigastrium, mual muntah, penglihatan kabur, skotoma, diplopia, tidak ada nafsu makan, gangguan serebral lainnya (tidak tenang, reflek tinggi), tengkuk terasa sakit, kenaikan berat badan mencapai 1 kg dalam seminggu.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kemungkinan biasanya klien pernah menderita hipertensi sebelum hamil, mempunyai riwayat preeklamsia pada kehamilan dahulu, penyakit ginjal, vaskuler esensial, Diabetes melitus, biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia dalam keluarga.

d. Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui kapan mulai menstruasi, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah menstruasi, teratur / tidak menstruasinya, sifat darah menstruasi, keluhan yang dirasakan sakit waktu menstruasi disebut disminorea (Estiwidani, 2008).

e. Riwayat Perkawinan

Pada status perkawinan yang ditanyakan adalah kawin syah, berapa kali, usia menikah berapa tahun, dengan suami usia berapa, lama perkawinan, dan sudah mempunyai anak belum (Estiwidani, 2008).

f. Riwayat Kehamilan Sekarang

- 1) Hari pertama, haid terakhir serta kapan taksiran persalinannya
- 2) Keluhan-keluhan pada trisemester I, II, III.
- 3) Dimana ibu biasa memeriksakan kehamilannya.
- 4) Selama hamil berapa kali ibu periksa

g. Riwayat KB

Perlu ditanyakan pada ibu apakah pernah / tidak mengikuti KB jika ibu pernah ikut KB maka yang ditanyakan adalah jenis kontrasepsi, efek samping. Alasan pemberhentian kontrasepsi (bila tidak memakai lagi) serta lamanya menggunakan kontrasepsi.

Jenis-jenis alat kontrasepsi :

1) Kondom

Perlu ditanyakan pada ibu apakah pernah / tidak mengikuti KB jika ibu pernah ikut KB maka yang ditanyakan adalah jenis kontrasepsi, efek samping. Alasan pemberhentian kontrasepsi (bila tidak memakai lagi) serta lamanya menggunakan kontrasepsi.

2) Kb suntik

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. KB suntik terdapat dua macam, yaitu suntik 1 bulan dan suntik 3 bulan.

3) KB pil

Pil adalah obat pencegah kehamilan yang diminum. Pil diperuntukkan bagi wanita yang tidak hamil dan menginginkan cara pencegah kehamilan sementara yang paling efektif bila diminum secara teratur.

4) AKDR atau IUD (Intra Uterine Device)

Alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi,

kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI). AKDR terdapat dalam berbagai jenis, yaitu (copper T, copper 7, multi load, lippes loop).

5) Kontrasepsi Implant

Disebut alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung-tabung kecil atau pembungkus plastik berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Susuk dipasang seperti kipas dengan enam buah kapsul atau tergantung jenis susuk yang akan dipakai. Di dalamnya berisi zat aktif berupa hormon. Susuk tersebut akan mengeluarkan hormon sedikit demi sedikit. Jadi, konsep kerjanya menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian susuk dapat diganti setiap 5 tahun, 3 tahun, dan ada juga yang diganti setiap tahun (Manuaba, 2012).

h. Pola aktivitas sehari-hari

1) Pola Aktivitas

Biasanya pada preeklamsi terjadi kelemahan, penambahan berat badan atau penurunan BB, reflek fisiologis +/+, reflek patologis -/- biasanya ditandai dengan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Saifuddin, 2012)

2) Nutrisi

Ibu dianjurkan untuk memperhatikan asupan garam dan protein. Garam diberikan sesuai dengan berat-ringannya retensi garam atau air, protein tinggi 1,5-2 gr/kg BB, cairan diberikan 2500 ml sehari, mineral cukup terutama kalsium dan kalium. Anjurkan untuk mengkonsumsi tambahan

seperti kalori tiap hari sebanyak 500 kalori, minum minimal 3 liter setiap hari terutama setelah menyusui (Saifuddin, 2012).

3) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Ambarwati, 2017). Biasanya pada klien dengan preeklamsia terdapat proteinuria $+ \geq 5$ g/24 jam atau ≥ 3 pada tes celup, oliguria (Saifuddin, 2012)

4) Istirahat dan tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang. Istirahat sangat penting bagi ibu post partum karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan (Yoga, 2013).

5) Keadaan psikologis

Untuk mengetahui tentang perasaan ibu sekarang, apakah ibu merasa takut atau cemas dengan keadaan sekarang (Yoga, 2013).

6) Riwayat Sosial Budaya

Untuk mengetahui kehamilan ini direncanakan / tidak, diterima / tidak, jenis kelamin yang diharapkan dan untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien (Yoga, 2013).

7) Penggunaan obat-obatan dan rokok

Untuk mengetahui apakah ibu mengkonsumsi obat terlarang ataukah ibu merokok (Yoga, 2013).

i. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui apakah ibu dalam keadaan baik, cukup atau kurang pada kasus umum biasanya lemah (Saifuddin, 2012). Biasanya pada klien dengan preeklamsia berat keadaan umum lemah.

2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya), apatis (tidakmenanggapi rangsangan/acuh tak acuh, tidak peduli) somnolen (kesadaran yang segan untuk berhubungan dengansekitarnya, sikapnya acuh tak acuh), spoor (keadaan yang menyerupai tidur), koma (tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun, tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya) Pada kasus biasanya ditemui kesadaran composmentis (Yoga, 2013).

3) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Untuk mengetahui tekanan darah klien. Biasanya pada preeklamsia ditemui tekanan darah hingga TD 160/100 mmHg bahkan lebih. Batas normalnya 110/60-140/90 mmHg (Pudiastuti, 2013).

b) Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit. Batas normal nadi berkisar antara 60 - 80 x/menit. Denyut nadi di atas 100 x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu

infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan (Yoga, 2013).

c) Suhu

Suhu normal tubuh manusia adalah $36,6^{\circ}\text{C}$ - $37,6^{\circ}\text{C}$. Suhu pada klien dengan preeklamsia berat seharusnya dibawah $37,6^{\circ}\text{C}$, jika sudah mencapai 38°C dapat menyebabkan ibu mengalami eklamsia atau kejang (Pudiastuti, 2013).

d) Pernafasan

Untuk mengetahui frekuensi pernapasan pasien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normalnya 12 - 20 x/menit. klien biasanya mengalami sesak sehabis melakukan aktifitas(Pudiastuti, 2013).

4) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan klien (Yoga, 2013).

5) Berat badan

Untuk mengetahui berat badan klien, apakah bertambah atau berkurang. Untuk klien dengan preeklamsia berat badan diharuskan menurun (Yoga, 2013).

j. Pemeriksaan Fisik

1) Rambut

Untuk mengetahui warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak(Yoga, 2013).

2) Wajah

Untuk mengetahui keadaan muka pucat atau tidak adakah kelainan, adakah edema (Yoga, 2013).

3) Mata

Untuk mengetahui edema atau tidak, conjungtiva, anemia atau tidak, sklera ikterik atau tidak, ada gangguan penglihatan atau tidak (Yoga, 2013).

4) Mulut / gigi / gusi

Untuk mengetahui ada stomatitis atau tidak, keadaan gigi, gusi berdarah atau tidak, mukosa bibir kering/lembab(Yoga, 2013).

5) Abdomen

Untuk mengetahui ada luka bekas operasi/tidak, adastrie/tidak, ada tidaknya linea alba nigra (Yoga, 2013).

6) Genetalia

Untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, varices, pembesaran kelenjar bartolini dan perdarahan. Adakah pengeluaran pervaginam berupa lendir (Yoga, 2013).

7) Fundus uteri

Fundus harus berada dalam midline, keras dan 2 cm dibawah umbilicus. Bila uterus lembek , lakukan masase sampai keras. Bila fundus bergeser kearah kanan midline , periksa adanya distensi kandung kemih(Yoga, 2013).

8) Leher

Untuk mengetahui adakah pembesaran kelenjar thyroid, ada benjolan atau tidak, adakah pembesaran kelenjar limfe (Yoga, 2013).

9) Dada

Untuk mengetahui keadaan payudara, simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak (Yoga, 2013).

10) Ekstremitas

Untuk mengetahui ada cacat atau tidak, edema atau tidak terdapat varices atau tidak (Yoga, 2013).

k. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosa,

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap (Penurunan Hemoglobin, Hematokrit meningkat, Trombosit menurun).
- 2) Urinalisis : ditemukan protein dalam urine
- 3) Pemeriksaan fungsi hati
 - a) Bilirubin meningkat $N = < 1 \text{ mg/dl}$
 - b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat
 - c) AST (Aspartat aminomtransferase) $> 60 \text{ u/l}$
 - d) SGPT (serum glutamat piruvat transaminase) meningkat $N = 15-45 \text{ u/ml}$
 - e) SGOT (serum glutamat oxaloacetic transaminase) meningkat $N = < 31 \text{ u/l}$
 - f) Total protein menurun $N = 6,7-8,7 \text{ g/dl}$
 - g) Tes kimia darah : asam urat meningkat $N = 2,4-2,7 \text{ mg/dl}$

b. USG : untuk mengetahui keadaan janin

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan pertukaran gas b.d penimbunan cairan pada paru (edema paru)
- b. Kelebihan volume cairan b.d kerusakan fungsi glomerulus sekunder terhadap penurunan cardiac output
- c. Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d terjadinya vasospasme arterional, edema serebral, perdarahan
- d. Ansietas b.d rencana operasi
- e. Gangguan rasa nyaman b.d kontraksi uterus dan pembukaan jalan lahir
- f. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- g. Defisiensi pengetahuan b.d penatalaksanaan terapi dan perawatan (SDKI, 2016).

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

| No. | Standar Keperawatan (SDKI) | Diagnosa Indonesia | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) |
|-----|--|--|--|---|
| 1. | Gangguan pertukaran gas b.d penimbunan cairan pada paru (edema paru) | <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat .</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Penglihatan kabur menurun 5. Gelisah menurun 6. Napas cuping hidung menurun 7. Sianosis membaik 8. Pola napas membaik 9. Warna kulit membaik | <p>Pemantauan respirasi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama , kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas seperti (bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes, blot) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan nafas 6. Auskultasi bunyi nafas 7. Monitor hasil AGD 8. Monitor hasil x-ray toraks <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan | |

| | | | |
|----|--|--|---|
| 2. | Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan edema | <p>Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan klien meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembaban membran mukosa meningkat 2. Asupan makanan meningkat 3. Edema menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Berat badan membaik | <p>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, Cl) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena, jika perlu <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian diuretik, jika perlu</p> |
| 3. | Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral. | <p>Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer menurun 4. Nyeri ekstremitas menurun 5. Akral membaik 6. Tekanan darah sistolik membaik | <p>Perawatan sirkulasi :</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | 7. Tekanan darah diastolik membaik | <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu 4. Anjurkan minum obat penurun tekanan darah secara teratur 5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misal rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). |
| 4. | Ansietas b.d prosedur operasi Sectio Caesarea | <p>Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun | <p>Terapi relaksasi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Periksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Frekuensi pernafasan sedang 6. Frekuensi nadi cukup menurun 7. Tekanan darah menurun 8. Pucat menurun | <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu yang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, jenis relaksasi yang tersedia (terapi tarik nafas dalam) 2. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4. Anjurkan sering mengulangi atau mealtih tenik yang dipilih 5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (tarik nafas dalam) |
| 5. | Gangguan rasa nyaman b.d kontraksi uterus dan pembukaan jalan lahir | <p>Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan pascapartum meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Merintih menurun 4. Tekanan darah menurun | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan |

| | | | |
|----|-------------------------------|---|---|
| | | <p>5. Frekuensi nadi sedang</p> | <p>tentang nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal tens, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> |
| 6. | Nyeri akut b.d agen pencedera | Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan | Tindakan : |

| | | | |
|--|--------------|--|--|
| | <p>fisik</p> | <p>selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Frekuensi nadi sedang 5. Pola napas sedang 6. Tekanan darah membaik 7. Fungsi berkemih sedang 8. Pola tidur membaik | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal tens, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> |
|--|--------------|--|--|

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 7. | <p>Defisiensi pengetahuan b.d penatalaksanaan terapi dan perawatan</p> <p>(SDKI DPP PPNI, 2016)</p> | <p>Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun <p>(SLKI DPP PPNI, 2016)</p> | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat <p>(SIKI DPP PPNI, 2018).</p> |

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik, Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan berguna untuk memenuhi kebutuhan klien mencapai tujuan yang diharapkan secara optimal.

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Dokumentasi tindakan keperawatan ini berguna untuk komunikasi antar tim kesehatan sehingga memungkinkan pemberian tindakan keperawatan yang berkesinambungan(Nursalam,2011).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Nursalam, 2011).

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama : Ibu. D
Umur : 25 thn
Alamat : Koto Tinggi Tilkam Kab. Agam
Pendidikan : SMA
Suku : Piliang
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT

Identitas penanggung jawab :

Nama Suami : Bpk. J
Umur : 27 thn
Pekerjaan : Wiraswasta
Pendidikan : SMA
Agama : Islam
Hub. Dengan klien : Suami klien

Tanggal Masuk : 1 Januari 2019 11.20 WIB

Tanggal pengkajian : 1 Januari 2019 jam 19:24 WIB

Diagnosa : G1P1A0H1+PEB

b. Riwayat Kehamilan

Tabel 3.1
Riwayat kehamilan

| No. | Tahun | Jenis Persalinan | Jenis Kelamin | Keadaan Bayi | Masalah Kehamilan |
|------------|--------------|-----------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|
| 1. | Sekarang | Sectio Caesarea | Laki-laki | Apgar Score : 7/8 PB : 48 cm BB : 3350 kg | Tekanan darah meningkat |

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama/MRS

Klien masuk ke Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di ruangan Kebidanan tanggal 1 Januari 2019 jam 11.10 WIB dengan G1P1A0H1 dengan keluhan nyeri pada luka post op menjalar hingga ke pinggang dan tekanan darah yang tinggi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian dilakukan pada tanggal 1 Januari 2019 Jam 19.24 WIB diruangan kebidanan. Klien datang dengan keluhan utama yang dirasakan adalah nyeri pada luka post op menjalar hingga ke pinggang, klien juga mengatakan nyeri semakin terasa ketika bergerak. Keluhan saat ini klien mengatakan pusing, dari hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD : 160/100 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 22 x/menit, T : 36,6°C, klien mengatakan tekanan darahnya mulai mengalami peningkatan pada bulan November 2018 dan klien sudah 2x kontrol ke Puskesmas, klien mengatakan penglihatan sedikit kabur, edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan (+), klien mengatakan frekuensi berkemih hanya 2-3 kali dalam sehari dengan jumlah sedikit \pm 450 ml.

3) Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Klien mengatakan pernah dirawat dengan penyakit diabetes melitus pada juni 2018 di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di Ruang Ambunsuri, klien mengatakan hipertensi (+), klien mengatakan tekanan darahnya meningkat sejak November 2018 dan sejak kenaikan tekanan darah hanya 2x kontrol ke Puskesmas, Amenorea 9 bulan yang lalu. Klien mengatakan dia tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ada keluarga yang mempunyai riwayat DM yaitu ayahnya. Klien mengatakan baik dari pihak dirinya maupun dari pihak suami tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit seperti, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular seperti asma, TBC dan HIV/AIDS dan klien juga belum pernah mempunyai riwayat operasi.

d. Riwayat Kebidanan

1) Riwayat Menstruasi

Menarche : Klien mengatakan haid pertama kali pada umur 12 tahun

Haid Teratur/Tidak : Klien mengatakan haid teratur

Siklus Haid : Klien mengatakan siklus haidnya 28 hari

Lama Haid : Klien mengatakan lama haidnya 7 hari

Jumlah : Klien mengatakan mengganti pembalut 2-3 kali/hari

Keluhan : Klien mengatakan nyeri saat menstruasi
(Dismenorrhoe) pada hari pertama-hari kedua haid.

Flour ablus : Terdapat keputihan sebelum haid dengan jumlah sedikit, warna jernih, tidak ada gatal dan tidak berbau .

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Status Obstetri : G1P1A0H1+PEB

HPHT : 10-04-2018

Tafsiran persalinan : 17 -01-2019

Riwayat KB : Klien mengatakan tidak pernah menggunakan KB karena ini adalah kehamilan pertamanya.

Periksa Kehamilan : Klien mengatakan 9 kali periksa ke bidan

a) Trimester Pertama

Klien mengatakan 3x periksa pada umur kehamilan 1, bulan, 2 bulan dan 3 bulan. Keluhan pada trimester pertama mual dan muntah pada pagi hari.

b) Trimester Kedua

Klien mengatakan 3x periksa pada umur kahamilan 4 bulan, 5 bulan dan 6 bulan. Keluhan pada trimester kedua sakit pinggang

c) Trimester Ketiga

Klien mengatakan 3x periksa pada umur kehamilan 7 bulan, 8 bulan dan 9 bulan. Keluhan pada trimester ketiga sakit pinggang dan pusing.

e. Riwayat Perkawinan

Status perkawinan (sah). Kawin 1 kali pada umur 24 tahun, dengan suami umur 26 tahun. Lamanya perkawinan 1 tahun, dan belum mempunyai anak.

f. Riwayat Persalinan Sekarang

Tempat Persalinan : Ruang Operasi
Tanggal/jam persalinan : 1 Januari 2019, jam 09.15 WIB
Jenis Persalinan : *Sectio Caesarea*
Komplikasi/kelainan dalam persalinan : Tidak Ada
Placenta : Placenta lahir lengkap 1 buah

g. Keadaan Bayi

BB : 3350 kg
PB : 48 cm
Jenis Kelamin : laki-laki
Apgar Score : 7/8
Cacat Bawaan : tidak ada

h. Pola Kebiasaan

Tabel 3.2
Pola Kebiasaan Post Partum

| No. | Pengkajian | Sebelum dirawat | Setelah dirawat |
|-----|----------------|---|--|
| 1. | Pola nutrisi | Klien makan 3 kali sehari dengan porsi sedang, nafsu makan baik. Pasien minum sehari 7-8 gelas air putih dan 2 gelas susu ibu hamil, pasien tidak menyukai minuman yang lain. | Klien biasanya makan 3 kali sehari tetapi dengan porsi makan yang tidak habis (1/2 porsi). Klien minum lebih dari 8 gelas sehari hanya minum air putih saja pasien tidak menyukai minuman yang lain. |
| 2. | Pola eliminasi | BAB 1 kali sehari dengan | BAB belum ada, BAK klien |

| | | | |
|----|--------------------------|--|--|
| | | konsistensi kadang lunak kadang keras, warna kuning dengan bau yang khas. BAK lebih kurang 5-6 kali sehari dengan warna kuning jernih dan bau yang khas. | mengatakan frekuensi berkemih hanya 2-3 kali dalam sehari dengan jumlah sedikit \pm 450 ml, warna kuning pekat dan bau yang khas. Pada tanggal 31 Desember 2018. |
| 3. | Pola istirahat dan tidur | Tidur malam lebih kurang 7-8 jam dari jam 21:00 – 04:30 wib, tidur siang lebih kurang 2 jam dari jam 13:00-15:00 wib kadang-kadang. | Tidur malam lebih kurang 6-7 jam, sering terbangun, tidur siang lebih kurang 1 sekitar jam 13.00-14.00 wib |
| 4. | Pola aktivitas | Klien melakukan semua aktivitas yang ringan dengan penuh semangat dengan mandiri. | Klien melakukan aktivitas yang ringan dengan sedikit lemah dan sebagian aktivitas masih dibantu keluarga karena luka operasi terasa nyeri. |
| 5. | Pola personal hygiene | Mandi 2 kali sehari, mandi secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki. Keramas hanya 4 kali seminggu. | Mandi 1 kali sehari hanya di lap-lap dan mengganti pakaian dengan dibantu oleh keluarga. |

i. Riwayat Psikologis dan Spiritual

Klien mengatakan sangat senang dengan kelahiran anaknya dan klien mengatakan bahagia sekali karena anak pertamanya lahir dengan selamat dan sehat. Klien juga mengatakan jika keluarganya sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya ini, Klien beragama islam dan rajin menunaikan sholat 5 waktu dan rajin berdoa. Pada saat ini klien masuk kedalam fase

Taking In (Dependent) dimana klien masuk hari ke dua setelah melahirkan pada saat pengkajian tanggal 1 Januari 2019. Pada fase ini klien membutuhkan perlindungan dan pelayanan karena pada tahap ini pasien sangat ketergantungan.

j. Riwayat Sosial dan Budaya

1) Dukungan Keluarga

Klien mengatakan suami dan juga keluarganya sangat mendukung dengan kelahiran anaknya yang pertama ini.

2) Kelurga lain yang tinggal serumah

Klien mengatakan hanya tinggal dengan suaminya.

3) Kebiasaan adat istiadat

Klien mengatakan tidak ada kebiasaan adat istiadat selama hamil atau sesudah melahirkan.

4) Penggunaan obat-obatan dan rokok

Klien mengatakan hanya minum obat dan vitamin dari bidan dan klien tidak pernah merokok. Klien mengatakan suaminya tidak merokok namun ayah dan adik laki-lakinya merokok.

5) Pengetahuan Ibu

Klien mengatakan setelah melahirkan harus banyak-banyak minum air putih dan sayur-sayuran hijau seperti sayur katu supaya ASI lancar. Klien mengatakan ASI sangat bagus untuk pertumbuhan dan perkembangan bayinya.

i. Data Umum Kesehatan Saat Ini

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Sedang

Kesadaran : Compos Mentis

Vital Sign

TD : 160/100 mmHg

N : 82 x/menit

RR : 22 x/menit

T : 36,6 °C

BB : 104 kg

TB : 165 cm

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 3.3 Pemeriksaan fisik

| | |
|-----------------|---|
| Kepala (rambut) | Rambut bersih berwarna hitam, rambut keriting, ada rontok dan tidak ada massa, benjolan dan nyeri tekan, kepala pusing. |
| Wajah | Tidak ada edema dan kloasma gravidarum (bintik-bintik) pigmen kecoklatan diwajah). |
| Mata | Kongjungtiva tidak anemis, sklera putih, pandangan sedikit kabur dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. |
| Telinga | Tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan. |
| Hidung | Tidak ada polip, fungsi penciuman baik |
| Mulut dan Gigi | Mukosa bibir pucat dan kering, tidak ada sariawan, mulut dan gigi bersih. |
| Leher | Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, vena jugularis dan fungsi menelan baik |
| Dada (payudara) | Payudara simetris kiri dan kanan, puting susu menonjol dan terbentuk, hiperpigmentasi pada areola mammae, pengeluaran ASI baik (+) dan tidak ada massa, benjolan dan nyeri tekan, tidak ada nyeri pada epigastrium. |

| | |
|-------------|---|
| Abdomen | <p>Inspeksi : terdapat luka insisi bekas operasi, dengan panjang 13 cm dan jumlah jahitan 16 jahitan, terdapat striae gravidarum, terdapat linea nigra.</p> <p>Palpasi : terdapat nyeri tekan di daerah luka op, kontraksi uterus kuat/keras.</p> |
| Genetalia | <p>Terpasang kateter, tidak ada kelainan pada vulva, tidak ada varises vagina, tidak ada hemoroid, keputihan tidak ada, oedema tidak ada, tidak ada kondiloma, lochea rubra warna merah kecoklatan, jumlah pembalut 1 kali ganti dalam sehari.</p> |
| Ekstremitas | <p>Atas : pada tangan kanan terpasang infuse RL drip MgSo4 20 tpm, pada tangan kiri RL drip oxytosin 2 ampul 28 tpm, kuku pendek, warna normal, bersih, turgor kulit baik, tidak ada kelainan, akral teraba dingin.</p> <p>Bawah : turgor kulit baik, kuku pendek dengan warna normal, bersih, tungkai ada oedema pada bagian kanan dan kiri (+), tidak ada varices, akral teraba dingin.</p> |

3) Therapy

a) IVPD RL 500 ml drip MgSo4 20 cc 20 tpm

b) IVPD RL 500 ml drip oxytocin 2 ampul 8 tpm

Injeksi

a) Ceftriaxone 2x1 gr

c) Vitamin C 3x1 gr

d) Vitamin K 3x1 gr

e) Transamin acid 3x1 gr

f) Nifedipine 3x100 mg

g) Furosemide 1x10 mg

Oral

Patral 3x1

SF 2x1 tablet

HCT 1x12,5 mg tablet

Metildopa 3x500 mg

Amlodipine 1x 10 mg

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan labor tanggal 1 Januari 2019

| Hasil pemeriksaan | Nilai Normal |
|--------------------------|---------------------|
| ➤ HGB : 11.2 g/dL | - 12.0 - 14.0 g/dL |
| ➤ RBC : 4.18 uL | - 4.0 - 5.0 uL |
| ➤ HCT : 33,1 % | - 37.0 - 43.0 % |
| ➤ WBC : 11.13 uL | - 5.0 - 1-.0 |
| ➤ Protein urine : +3 | - Negatif |
| ➤ Glukosa : 120 U/L | - - 480 |
| ➤ Albumin : 3,6 g/dL | - 3.8m- 5.4 g/dL |
| ➤ Creatinin : 0.55 mg/dL | - 0.60 - 1.20 mg/dL |

5) Data Fokus

Data Subjektif

1. Klien mengatakan kepala terasa pusing
2. Klien mengatakan pandangannya sedikit kabur
3. Klien mengatakan kakinya bengkak
4. Klien mengatakan badannya lemah
5. Klien mengatakan tekanan darahnya meningkat sejak satu bulan yang lalu
6. Klien mengatakan mempunyai riwayat diabetes melitus yang tidak terkontrol
7. Klien mengatakan sudah 2x kontrol ke puskesmas untuk cek tekanan darah
8. Klien mengatakan frekuensi berkemih hanya 2-3 kali dalam sehari
9. Klien mengatakan urine yang keluar sedikit
10. Klien mengatakan nyeri pada bagian perut (luka post op sectio caesarea) hingga ke pinggang
11. Klien mengatakan semakin nyeri ketika bergerak

Data Objektif

1. Protein urine : (+3)
2. Jumlah urine \pm 450 ml
3. Edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+)
4. TTV : TD : 160/100 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 22 x/menit, T : 36,6°C
5. Keadaan umum klien : sedang
6. Kesadaran : compos mentis
7. Klien tampak lemah
8. BB : 104 kg
9. TB: 165 cm
10. Oliguria (+), warna kuning jernih, bau khas
11. Mukosa bibir : pucat dan kering
12. Akral dingin (+)
13. Skala cemas : sedang
14. Karakteristik nyeri :
 - P : luka post op sectio caesarea
 - Q : seperti tertusuk-tusuk
 - R : nyeri pada bagian peret
 - S : skala sedang (5)
 - T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit.
15. Klien tampak meringis
16. Lochea rubra (+), warna merah kecoklatan, jumlah pembalut 1 kali ganti dalam sehari
17. ASI (+) lancar
18. Hiperpigmentasi pada aerola mammae
19. Luka post op sc pada bagian abdomen (+)
20. Jumlah jahitan 16 jahitan
21. Panjang luka insisi 13 cm
22. Kontraksi kuat/keras

3.2 Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data

| No. | Data | Etiologi | Masalah keperawatan |
|-----|---|---|---|
| 1. | <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan kepalanya pusing. - klien mengatakan pandangannya sedikit kabur. - klien mengatakan tekanan darahnya meningkat sejak satu bulan yang lalu. - klien mengatakan sudah 2x kontrol ke puskesmas untuk cek tekanan darah - Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus yang tidak terkontrol. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU = sedang - Kesadaran : compos mentis - TTV TD = 160/100 mmHg N = 82 x/mnt RR = 22 x/mnt T = 36, 6°C - edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) - akral dingin (+) - mukosa bibir pucat dan kering | <p>Gangguan multi organ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Edema serebri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perfusi jaringan perifer tidak efektif</p> | <p>Perfusi jaringan perifer tidak efektif</p> |

| | | | |
|----|---|--|-------------------------|
| | - wajah pucat (+) | | |
| 2. | <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan kakinya bengkak - klien mengatakan badannya lemah - Klien mengatakan frekuensi berkemih hanya 2-3 kali dalam sehari - Klien mengatakan urine yang keluar hanya sedikit <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU : sedang - kesadaran : compos mentis - proteinuria +3 - klien tampak lemah - TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 160/100 mmHg N : 82 x/menit RR : 22 x/menit T : 36.6 °C - edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) - BB : 104, kg TB : 165 cm - jumlah urine : 450 ml - oliguria (+) | <p>Adanya rangsangan angiotensin II pada gland ssuprarenal → aldosteron ↓ Reabsorpsi Na ↑ ↓ Retensi cairan ↓ edema ↓ Kelebihan volume cairan</p> | Kelebihan volume cairan |
| 3. | <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian perut (luka post op sectio caesarea) hingga ke pinggang - Klien mengatakan semakin | <p>Luka post op (abdomen) ↓ Jaringan terputus ↓</p> | Nyeri akut |

| | | |
|---|--|--|
| <p>nyeri ketika bergerak</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Karakteristik nyeri : P : luka post op sectio caesarea Q : seperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada bagian peret S : skala sedang (5) T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit. - Klien tampak meringis - TTV TD : 160 x/menit N : 82 x/menit RR : 22 x/menit T : 36.6°C - Lochea rubra (+), warna merah kecoklatan, jumlah pembalut 1 kali ganti dalam sehari - Luka post op sc pada bagian abdomen (+) - Jumlah jahitan 16 jahitan - Panjang luka insisi 13 cm - Kontraksi kuat/kersa | <p>Merangsang area sensorik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan rasa nyaman</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p> | |
|---|--|--|

Diagnosa Prioritas

1. Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral
2. Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan edema
3. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5
Intervensi Keperawatan

| No. | SDKI | SLKI | SIKI |
|-----|---|---|---|
| 1. | Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral | <p>Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. Denyut nadi perifer meningkat 9. Warna kulit pucat menurun 10. Edema perifer menurun 11. Nyeri ekstremitas menurun 12. Akral membaik 13. Tekanan darah sistolik membaik 14. Tekanan darah diastolik membaik | <p>Perawatan sirkulasi :</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 5. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 6. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 7. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 7. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | | <p>8. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>9. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>10. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>8. Berikan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>7. Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>8. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu</p> <p>9. Anjurkan minum obat penurun tekanan darah secara teratur</p> <p>10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misal rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa.</p> <p>11. Jelaskan sop pemberian terapi dengan air hangat untuk menurunkan tekanan darah.</p> |
| 2. | Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan oedema | <p>Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan klien meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>6. Kelembaban membran mukosa meningkat</p> | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <p>4. Monitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <p>5. Monitor berat badan</p> |

| | | | |
|----|-------------------------------------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 7. Asupan makanan meningkat 8. Edema menurun 9. Tekanan darah membaik 10. Berat badan membaik | <ul style="list-style-type: none"> 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, Cl) <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 5. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 6. Berikan cairan intravena, jika perlu <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian diuretik, jika perlu</p> |
| 3. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik | <p>Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi cukup membaik 6. Tekanan darah membaik | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri2. Jelaskan strategi meredakan nyeri3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p> |
|--|--|--|--|

3.4 Implementasi

Tabel 3.6
Implementasi

Diagnosa 1 (Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral).

| No. | Hari/tanggal | Diagnosa keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
|-----|------------------------|---|---|---|
| 1. | Selasa, 1 Januari 2019 | Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer diantaranya nadi perifer, edema, warna, suhu. <ul style="list-style-type: none"> TD = 160/100 N : 82 x/menit Edema (+) pada kedua ekstremitas bawah Suhu : 36.6° C Warna kulit wajah : sedikit pucat Melakukan identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi diantaranya diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) <ul style="list-style-type: none"> klien memiliki riwayat | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus. Klien mengatakan pandangan sedikit kabur Klien mengatakan kepala terasa pusing Klien mengatakan rileks saat dilakukan rendam kaki dengan air hangat Klien mengatakan dirinya tidak merokok Klien mengatakan sudah mengerti mengenai rendam kaki dengan air hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> KU = sedang |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>diabetes melitus</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ klien tidak merokok ➢ Orang tua klien juga memiliki riwayat diabetes melitus ➢ klien juga mempunyai riwayat hipertensi dan sekarang TD meningkat sejak November 2018 ➢ Kadar kolesterol - <p>3. Melakukan pemantauan panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Panas (-) ➢ Kemerahan (-) ➢ Nyeri (-) ➢ Bengkak pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) <p>4. Mengobservasi klien cara menerapkan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit sebanyak 2 x/hari pagi dan malam</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien tampak rileks | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Kesadaran : compos mentis ➢ TD = 160/100 mmHg sebelum dilakukan pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat ➢ TD = 160/100 setelah dilakukan pemberian rendam kaki dengan air hangat ➢ N = 82 x/menit ➢ RR = 22 x/menit ➢ T = 36,6°C ➢ Wajah terlihat sedikit pucat ➢ Edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) ➢ Klien tampak rileks <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi (perfusi jaringan perifer tidak efektif)</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>➤ TD malam sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat TD : 160/100 mmHg. (terapi tidak dilakukan pada pagi hari karena klien baru selesai operasi)</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak melakukan pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Tidak melakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Tidak menekan dan memasang tourniquet pada area yang cedera 4. Menganjurkan pasien untuk merawat kaki dan kuku (memotong kuku) 5. Menerapkan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit sebanyak 2 x/hari pagi dan malam | <p>bengkak pada ekstremitas</p> <p>3. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit sebanyak 2 x/hari pagi dan malam</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 3. Berikan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">➤ TD malam sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat TD : 160/100 mmHg. (terapi tidak dilakukan pada pagi hari karena klien baru selesai operasi)➤ Klien tampak rileks <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengajarkan pasien berhenti merokok jika pasien merokok2. Mengajarkan pasien untuk berolahraga secara rutin3. Mengajarkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu4. Mengajarkan pasien minum obat penurun tekanan darah secara teratur sesuai instruksi dokter5. Memberikan penjelasan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misal rasa sakit yang | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|----|----------------------|---|---|--|
| | | | <p>tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa.</p> <p>6. Menjelaskan sop pemberian terapi dengan air hangat untuk menurunkan tekanan darah.</p> | |
| 2. | Rabu, 2 Januari 2019 | Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer diantaranya nadi perifer, edema, warna, suhu. <ul style="list-style-type: none"> TD = 160/90 mmHg N : 84 x/menit Edema (+) pada kedua ekstremitas bawah Suhu : 36.5° C Warna kulit wajah : sedikit pucat Melakukan pemantauan panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <ul style="list-style-type: none"> Panas (-) Kemerahan (-) Nyeri (-) Bengkak pada ekstremitas bawah (+) | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pandangan masih kabur namun sudah berkurang Klien mengatakan kepalanya masih terasa pusing Klien mengatakan rileks saat dilakukan rendam kaki dengan air hangat Klien mengatakan badan terasa enak setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> KU = sedang Kesadaran : compos mentis TD = 150/90 mmHg sebelum dilakukan pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat TD = 150/90 setelah dilakukan pemberian rendam kaki dengan air |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>3. Melakukan pemantauan dalam menerapkan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit sebanyak 2 x/hari pagi dan malam</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ TD pagi sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat TD : 160/90 mmHg. ➤ TD malam sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat TD : 150/90 mmHg. ➤ Klien tampak rileks <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak melakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2. Tidak menekan dan memasang tourniquet pada area yang cedera 3. Menerapkan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit | <p>hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ N = 84 x/mnt ➤ RR = 22 x/mnt ➤ T = 36, 5°C ➤ Wajah terlihat sedikit pucat ➤ Edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) ➤ Klien tampak rileks <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi (perfusi jaringan perifer tidak efektif)</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 3. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit <p>Teraupetik :</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|----|-----------------------|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien tampak rileks ➤ TD pagi sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat TD : 160/90 mmHg. ➤ TD malam sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat TD : 150/90 mmHg. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera 3. Berikan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit |
| 3. | Kamis, 3 Januari 2019 | Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer diantaranya nadi perifer, edema, warna, suhu. <ul style="list-style-type: none"> ➤ TD : 150/90 ➤ N : 86 x/menit ➤ Edema (+) pada kedua ekstremitas bawah ➤ Suhu : 36.8° C ➤ Warna kulit : normal 2. Melakukan pemantauan panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <ul style="list-style-type: none"> ➤ Panas (-) ➤ Kemerahan (-) | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan pandangan tidak kabur lagi ➤ Klien mengatakan kepalanya masih terasa pusing namun sudah berkurang ➤ Klien mengatakan rileks saat dilakukan rendam kaki dengan air hangat ➤ Klien mengatakan badan terasa enak setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat ➤ Klien mengatakan bengkak pada kakinya sudah mengempes <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KU = baik |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nyeri (-) ➤ Bengkak pada ekstremitas bawah (+) namun sudah berkurang/mengempes. <p>3. Melakukan pemantauan dalam menerapkan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit sebanyak 2 x/hari pagi dan malam</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ klien tampak rileks ➤ TD pagi sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat TD : 150/90 mmHg. ➤ TD 150/100 mmHg malam sebelum dilakukan rendam kaki dengan air hangat ➤ TD : 130/90 mmHg malam setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak melakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kesadaran : compos mentis ➤ TD = 150/100 mmHg sebelum dilakukan pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat ➤ TD = 130/90 setelah dilakukan pemberian rendam kaki dengan air hangat ➤ N = 86 x/mnt ➤ RR = 21 x/mnt ➤ T = 36, 8°C ➤ Wajah terlihat sedikit pucat ➤ Edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) ➤ Klien tampak rileks <p>A : Masalah keperawatan teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>2. Tidak menekan dan memasang tourniquet pada area yang cidera</p> <p>3. Menganjurkan klien untuk melaakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit sebanyak 2 x/hari pagi dan malam.</p> | |
|--|--|--|--|--|

Diagnosa 2 (Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan oedema).

| No. | Hari/tanggal | Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
|-----|------------------------|---|---|--|
| 1. | Selasa, 1 Januari 2019 | Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan oedema | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengecek nadi pasien ➤ N : 82 x/menit ➤ Memeriksa kekuatan nadi : nadi teraba kuat | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan bengkak pada kaki ➤ Klien mengatakan kencingnya sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ BC : +60 ➤ Proteinuria +3 ➤ Tanda-tanda vital <p>N : 82 x/menit</p> <p>TD : 160/100 mmHg</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Turgor kulit : elastis, kembali dalam < 3 detik ➤ Akral dingin ➤ Inspeksi mukosa : mukosa lembab ➤ Mengecek tekanan darah : TD : 160/100 mmHg <p>2. Melakukan pengecekan berat badan klien (BB : 104 kg)</p> <p>3. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, Cl)</p> <p>Hasil pemeriksaan laboratorium :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ HCT : 36,1 % ➤ Kreatinin : 0.49 L ➤ Natrium : 139,8 mEq/l ➤ Klorida : 106,0 mEq/l | <p>RR : 22 x/menit T : 36.6°C</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Turgor kulit : elastis kembali dalam < 3 detik ➤ Mukosa lembab ➤ BB : 104 kg ➤ Edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) ➤ Akral dingin <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan 3. Monitor hasil pemeriksaan |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|----|----------------------|---|--|--|
| | | | <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memantau intake-output dan menghitung balans cairan 24 jam <ul style="list-style-type: none"> Intake : 2.100 cc Output : 450 cc IWL : 1.590 BC : + 60 Memberitahu klien untuk memenuhi asupan cairan, sesuai kebutuhan Memberikan cairan intravena <ul style="list-style-type: none"> RL 500 ml 20 tpm <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kalaborasi pemberian diuretik (furosemide) | <p>laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, CI)</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan Berikan cairan intravena, jika perlu <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kalaborasi pemberian diuretik |
| 2. | Rabu, 2 Januari 2019 | Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan oedema | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor status hidrasi (misal | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan bengkak pada kaki sudah berkurang (sedikit kempes) |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengecek nadi pasien N : 84 x/menit ➤ Memeriksa kekuatan nadi : nadi teraba kuat ➤ Turgor kulit : elastis, kembali dalam < 3 detik ➤ Akral dingin ➤ Inspeksi mukosa : mukosa lembab ➤ Mengecek tekanan darah : TD : 150/90 mmHg <p>4. Melakukan pengecekan berat badan klien (BB : 103 kg)</p> <p>5. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K,</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan kencingnya masih sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ BC : +10 ➤ Proteinuria +2 ➤ Tanda-tanda vital N : 84 x/menit TD : 150/90 mmHg RR : 22 x/menit ➤ Turgor kulit : elastis kembali dalam < 3 detik ➤ Mukosa lembab ➤ BB : 103 kg ➤ Edema pada ekstremitas bawah (+) ➤ Akral dingin <p>A : masalah belum teratasi</p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>CI)</p> <p>Hasil pemeriksaan laboratorium :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ HCT : 33.0 % ➤ Kreatinin : 0.49 L ➤ Natrium : 139,8 mEq/l ➤ Khlorida : 106,0 mEq/l <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau intake-output dan menghitung balans cairan 24 jam <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intake : 1.950 cc ➤ Output : 350 cc ➤ IWL : 1.590 ➤ BC : + 10 2. Memberitahu klien untuk memenuhi asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Memantau cairan intravena yang terpasang | <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, CI) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Pantau cairan IV yang telah terpasang <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian diuretik, jika perlu</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|----|--------------------------|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ RL 500 ml 20 tpm <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian diuretik</p> | |
| 3. | Kamis, 3 Januari 2019 | Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan oedema | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengecek nadi pasien ➤ N : 86 x/menit ➤ Memeriksa kekuatan nadi : nadi teraba kuat ➤ Turgor kulit : elastis, kembali dalam < 3 detik ➤ Akral hangat ➤ Inspeksi mukosa : mukosa lembab | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan bengkak pada kaki sudah mengecil. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanda-tanda vital N : 86 x/menit TD : 130/90 mmHg RR : 21 x/menit T : 36.8 °C ➤ Turgor kulit : elastis kembali dalam < 3 detik ➤ Mukosa lembab ➤ Akral hangat ➤ BC : - 300 |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengecek tekanan darah : TD : 130/90 mmHg 2. Melakukan pengecekan berat badan klien (BB : 99 kg) 3. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, CI) <p>Hasil pemeriksaan laboratorium :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ HCT : 36.1 % ➤ Kreatinin : 0.49 L ➤ Natrium : 139,8 mEq/l ➤ Khlorida : 106,0 mEq/l <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau intake-output dan menghitung balans cairan 24 jam <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intake : 2.310 cc ➤ Output : 1.020 cc | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proteinuria +1 ➤ BB : 99 kg <p>A : masalah keperawatan teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, CI) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ IWL : 1.590 ➤ BC : -300 <p>2. Memberitahu klien untuk memenuhi asupan cairan, sesuai kebutuhan</p> <p>3. Memantau cairan intravena yang terpasang</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ RL 500 ml 20 tpm <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian diuretik</p> | <p>kebutuhan</p> <p>3. Pantau cairan IV yang telah terpasang</p> <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian diuretik, jika perlu</p> |
|--|--|--|---|---|

Diagnosa 3 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

| No. | Hari/tanggal | Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
|-----|------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 1. | Selasa, 1 Januari 2019 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan nyeri pada bagian perut dan pinggang ➤ Klien mengatakan nyeri semakin terasa jika bergerak |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Menanyakan lokasi nyeri ➢ (nyeri pada bagian perut dan pinggang) ➢ Menanyakan lamanya nyeri berlangsung (nyeri hilang timbul, semakin terasa jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit) ➢ Menanyakan berapa kali nyeri timbul (nyeri hilang timbul, datang beberapa kali terlebih ketika bergerak) ➢ Menanyakan seberapa berat nyeri tersebut dirasakan (nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk) <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Menanyakan skala nyeri yang dirasakan apakah ringan (1-3), sedang (4-6), berat (7-9), sangat berat (10). ➢ Nyeri yang dirasakan sedang | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan terapi tarik nafas dalam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ KU : sedang ➢ Kesadaran : compos mentis ➢ Karakteristik nyeri : <p>P : luka post op sectio caesarea</p> <p>Q : seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : di bagian perut hingga pinggang</p> <p>S : skala sedang (5)</p> <p>T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien tampak meringis ➢ Luka tertutup verban ➢ Panjang luka : 13 cm ➢ Jumlah jahitan : 15 jahitan |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>dengan skala 5</p> <p>3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal seperti (meringis, menangis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien tampak meringis <p>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nyeri semakin terasa jika bergerak <p>5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan (terapi tarik nafas dalam)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan terapi tarik nafas dalam <p>6. Memonitor efek samping penggunaan analgetik seperti (mual, muntah, urin berwarna gelap, pusing)</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologi | <ul style="list-style-type: none"> ➢ TTV : TD : 160/100 mmHg N : 82 x/menit RR : 22 x/menit T : 36.6 °C ➢ Post op hari ke-1 <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>untuk mengurangi rasa nyeri (terapi tarik nafas dalam)</p> <p>2. Menjaga lingkungan agar tetap nyaman dan menghindarkan hal-hal yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Suhu ruangan : nyaman ➢ Pencahayaan : cukup ➢ Kebisingan : tidak terlalu bising <p>3. Memberikan waktu untuk klien istirahat dan tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien istirahat dengan berbaring dikasur selama 2 jam ➢ Klien tidur siang 1 jam ➢ Klien tidur malam 6-7 jam <p>Edukasi :</p> <p>1. Memberikan penjelasan tentang</p> | <p>6. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Teraupetik :</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam).</p> <p>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>2. Observasi klien dalam melakukan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|----|----------------------|--|--|---|
| | | | <p>penyebab dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memberikan penjelasan strategi meredakan nyeri (terapi tarik nafas dalam) 3. Menganjurkan klien untuk mengulangi terapi nonfarmakologi (tarik nafas dalam) jika nyeri berulang secara mandiri 4. Mengajarkan teknik nonfarmakologi (tarik nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kalaborasi : Memberikan analgetik (paral) kepada klien</p> | |
| 2. | Rabu, 2 Januari 2019 | | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan masih nyeri pada bagian perut dan pinggang ➤ Klien mengatakan nyeri semakin terasa |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>kualitas, intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Menanyakan lokasi nyeri ➢ (nyeri pada bagian perut dan pinggang) ➢ Menanyakan lamanya nyeri berlangsung (nyeri hilang timbul, semakin terasa jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit) ➢ Menanyakan berapa kali nyeri timbul (nyeri hilang timbul, datang beberapa kali terlebih ketika bergerak) ➢ Menanyakan seberapa berat nyeri tersebut dirasakan (nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk) <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Menanyakan skala nyeri yang dirasakan apakah ringan (1-3), sedang (4-6), berat (7-9), sangat berat (10). | <p>jika bergerak namun tidak terlalu nyeri seperti kemarin</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan terapi tarik nafas dalam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ KU : sedang ➢ Kesadaran : compos mentis ➢ Karakteristik nyeri : <p>P : luka post op sectio caesarea</p> <p>Q : seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : di bagian perut hingga pinggang</p> <p>S : skala sedang (4)</p> <p>T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien tampak meringis ➢ Luka tertutup verban |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nyeri yang dirasakan sedang dengan skala 4 <p>3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal seperti (meringis, menangis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien tampak meringis <p>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nyeri semakin terasa jika bergerak <p>5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan (terapi tarik nafas dalam)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan terapi tarik nafas dalam <p>6. Memonitor efek samping penggunaan analgetik seperti (mual, muntah, urin berwarna gelap, pusing)</p> <p>Teraupetik :</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Panjang luka : ± 13 cm ➢ Jumlah jahitan : 15 jahitan ➢ TTV : TD : 150/90 mmHg N : 84 x/menit RR : 22 x/menit T : 36.5 °C ➢ Post op hari ke-2 <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (terapi tarik nafas dalam) 2. Menjaga lingkungan agar tetap nyaman dan menghindarkan hal-hal yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Suhu ruangan : nyaman ➢ Pencahayaan : cukup ➢ Kebisingan : tidak terlalu bising 3. Memberikan waktu untuk klien istirahat dan tidur <ul style="list-style-type: none"> ➢ Klien istirahat dengan berbaring dikasur selama 2 jam ➢ Klien tidur siang 1 jam ➢ Klien tidur malam 6 jam <p>Edukasi :</p> | <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam). 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Observasi klien dalam melakukan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|----|-----------------------|--|---|---|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan klien untuk mengulangi terapi nonfarmakologi (tarik nafas dalam) jika nyeri berulang secara mandiri 2. Mengajarkan teknik nonfarmakologi (tarik nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kalaborasi : Memberikan analgetik (partral) kepada klien</p> | |
| 3. | Kamis, 3 Januari 2019 | | <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri <ul style="list-style-type: none"> ➤ Menanyakan lokasi nyeri ➤ (nyeri pada bagian perut) ➤ Menanyakan lamanya nyeri | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan perut tidak terlalu nyeri lagi ➤ Klien mengatakan nyeri sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KU : baik |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>berlangsung (nyeri hilang timbul, semakin terasa jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Menanyakan berapa kali nyeri timbul (nyeri hilang timbul, datang beberapa kali terlebih ketika bergerak) > Menanyakan seberapa berat nyeri tersebut dirasakan (nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk) <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> > Menanyakan skala nyeri yang dirasakan apakah ringan (1-3), sedang (4-6), berat (7-9), sangat berat (10). > Nyeri yang dirasakan sedang dengan skala 2 <p>3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal seperti (meringis, menangis)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Klien tampak meringis | <ul style="list-style-type: none"> > Kesadaran : compos mentis > Karakteristik nyeri : P : luka post op sectio caesarea Q : seperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada bagian peret S : skala sedang (2) T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit. > Luka tertutup verban > Panjang luka : ± 13 cm > Jumlah jahitan : 15 jahitan > TTV : TD : 130/90 mmHg N : 86 x/menit RR : 21 x/menit T : 36.8 °C > Post op hari ke-3 |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nyeri semakin terasa jika bergerak <p>5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan (terapi tarik nafas dalam)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nyeri berkurang setelah dilakukan terapi tarik nafas dalam <p>6. Memonitor efek samping penggunaan analgetik seperti (mual, muntah, urin berwarna gelap, pusing)</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (terapi tarik nafas dalam) 2. Menjaga lingkungan agar tetap nyaman dan menghindarkan hal-hal | <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Observasi klien dalam melakukan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kalaborasi :</p> <p>Kalaborasi pemberian analgetik</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Suhu ruangan : nyaman➤ Pencahayaan : cukup➤ Kebisingan : tidak terlalu bising <p>3. Memberikan waktu untuk klien istirahat dan tidur</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Klien tidur siang 1 jam➤ Klien tidur malam 6-7 jam <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menganjurkan klien untuk mengulangi terapi nonfarmakologi (tarik nafas dalam) jika nyeri berulang secara mandiri2. Mengajarkan teknik nonfarmakologi (tarik nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Kalaborasi : Memberikan analgetik (patral) kepada klien</p> | |
|--|--|--|--|--|

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah di laksanakan dan di terapkan asuhan keperawatan pada Ibu. D dengan Preeklamsia Berat selama 3 hari sejak tanggal 1-3 Januari 2019 di ruangan rawatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Pembahasan ini akan dibuat berdasarkan teori dan asuhan asuhan yang nyata, dalam hal ini kami akan membahas melalui tahapan-tahapan proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Data dan Analisis Data Dasar

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien baik yang efektif normal maupun bermasalah (Nursalam, 2011).

Pengumpulan data ini meliputi data subjektif dan objektif. Pada data subjektif di dapatkan keluhan utama pada ibu nifas dengan preeklamsia berat mengeluh demam, penglihatan kabur, sakit kepala dan peningkatan tekanan darah. Data objektif didapatkan data keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, terdapat odema pada bagian wajah, ekstremitas atas, ekstremitas bawah, TTV : TD : 160/100 mmHg bahkan bisa lebih (Pudiastuti, 2013).

Pada kasus Ibu. D dengan preeklamsia berat didapatkan keluhan utama Ibu. D mengeluh nyeri pada luka post op menjalar hingga ke pinggang, pusing,

penglihatan kabur dan tekanan darah meningkat sejak November 2018, TTV : 160/100 mmHg, RR : 22x/menit, N : 82 x/menit, T : 36.6°C. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, terdapat edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, pola eliminasi 2-3 kali dalam sehari dengan jumlah \pm 450 ml.

Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ada di lapangan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat dalam proses keperawatan. Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau di atasi lebih dulu (Nursalam, 2011).

Masalah keperawatan pertama adalah perfusi perifer tidak efektif dari hasil pengkajian didapatkan pasien sudah mengalami hipertensi sejak bulan November 2018, pasien juga mengalami pusing, pandangan sedikit kabur, klien juga mempunyai riwayat hipertensi. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan TD 160/100 mmHg, akral dingin, wajah pucat, edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan (+). Batasan karakteristik akral teraba dingin, warna kulit pucat, edema (+) turgor kulit menurun (SDKI DPP PPNI, 2016). Berdasarkan data tersebut diatas penulis menyimpulkan bahwa

diagnosa yang diangkat sudah sesuai dengan batasan karakteristik yang sesuai dengan buku (SDKI DPP PPNI, 2016).

Hipertensi dalam kehamilan terjadi karena adanya vasokonstriksi arterioli, vasospasme, sistemik, dan kerusakan pembuluh darah merupakan karakteristik terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Sirkulasi arteri terganggu karena adanya segmen yang menyempit dan melebar yang berselang seling. Kerja vasospasme tersebut merusak pembuluh darah akibat adanya penurunan suplai darah dan penyempitan pembuluh darah di area tempat terjadinya pelebaran. Apabila terjadi kerusakan pada endotelium pembuluh darah, trombosit, fibrinogen, dan hasil darah lainnya akan dilepaskan ke dalam interendotelium. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan peningkatan permeabilitas albumin dan akan mengakibatkan perpindahan cairan dari ruang intravaskular ke ruang ektravaskular yang terlihat secara klinis sebagai edema (Ambarwati, 2017).

Masalah keperawatan yang kedua adalah kelebihan volume cairan, pada pengkajian yang telah dilakukan didapatkan hasil pasien tampak lemah, oedema pada ekstremitas bawah (+) kiri dan kanan, oliguria (+), BB : 104 kg, TB : 165 cm. Kelebihan volume cairan merupakan terjadinya peningkatan cairan isotonik. Kelebihan volume cairan bisa bisa menumpuk di luar sel-sel tubuh atau di ruangan antar sel di dalam jaringan tertentu.

Masalah keperawatan yang ketiga adalah nyeri akut pada pengkajian yang telah dilakukan didapatkan hasil data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian perut (luka post op sectio caesarea) hingga ke pinggang, klien

mengatakan semakin nyeri ketika bergerak. Data objektif karakteristik nyeri (P : luka post op sectio caesarea, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian peret, S : skala sedang (5), T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit. Klien tampak meringis, Lochea rubra (+), warna merah kecoklatan, jumlah pembalut 1 kali ganti dalam sehari, Luka post op sc pada bagian abdomen (+), Jumlah jahitan 16 jahitan, Panjang luka insisi 13 cm, Kontraksi (+).

Berdasarkan batasan karakteristik nyeri akut itu sendiri menurut (SDKI DPP PPNI, 2016) yaitu tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, mengeluh nyeri. Berdasarkan data tersebut penulis menyimpulkan bahwa diagnosa yang diangkat sudah sesuai dengan batasan karakteristik yang sesuai dengan buku (SDKI DPP PPNI, 2016).

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya kerusakan jaringan. Nyeri persalinan merupakan sensasi yang tidak menyenangkan akibat stimulasi saraf sensorik. Nyeri tersebut terdiri atas dua komponen, yaitu komponen fisiologis dan komponen psikologis. Komponen fisiologis merupakan proses penerimaan impuls tersebut menuju saraf pusat. Sementara komponen psikologis meliputi rekognisi sensasi, interpretasi rasa nyeri dan reaksi terhadap hasil interpretasi nyeri tersebut (Utami, 2017).

Dari ketiga masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif penulis tertarik untuk

melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita preeklamsia.

Penurunan tekanan darah dengan rendam kaki dengan air hangat telah dibuktikan oleh penelitian (Rahim, 2015) tentang pengaruh rendam kaki air hangat terhadap perubahan tekanan darah ibu hamil hipertensi di wilayah kerja puskesmas kahuripan, didapatkan bahwa ada perbedaan tekanan darah sebelum diberikan terapi dan setelah diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dengan *p value* 0,003.

4.3 Intervensi

Intervensi atau perencanaan adalah tindakan yang di rancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan. Merumuskan rencana tindakan keperawatan adalah kegiatan spesifik untuk membantu klien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil. Pada kasus ini intervensi dilakukan dengan empat tahap, yaitu dengan observasi, teraupetik, edukasi dan kalaborasi (Nursalam, 2011).

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa yang pertama perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral adalah dengan metode OTEK, yang pertama observasi sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi), Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat sel dan yang kedua adalah teraupetik

yang meliputi, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, Lakukan pencegahan infeksi, lakukan perawatan kaki dan kuku, berikan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit dan tahap ketiga adalah edukasi yang meliputi, anjurkan berhenti merokok, berolahraga rutin, minum obat penurun tekanan darah secara teratur, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misal rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa dan jelaskan sop pemberian terapi dengan air hangat untuk menurunkan tekanan darah.

Rencana tindakan yang akan dilakukan mengacu pada penelitian (Rahim, 2015) yang menyatakan bahwa penerapan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 20 menit sebanyak 3x dengan waktu yang sama dan mendapatkan dampak yang signifikan dalam penurunan tekanan darah dengan *p value* 0.000 pada tekanan sistolik dan 0.003 pada tekanan diastolik.

Terdapat banyak terapi non farmakologi lainnya yang dapat menurunkan tekanan darah seperti terapi herbal, terapi nutrisi, aromaterapi, pijat refleksi, terapi relaksasi guide imagery, terapi relaksasi autogenik dan rendam kaki dengan air hangat (Sabattani, 2016). Dari beberapa terapi tersebut penulis menerapkan terapi rendam kaki dengan air hangat untuk menurunkan tekanan darah pada klien dengan preeklamsia berat. Penelitian dari Sabattani (2016) mengatakan ada pengaruh pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat ini terhadap penurunan tekanan darah dibuktikan dari tekanan darah sebelum

diberikan terapi 158/95 mmHg dan tekanan darah setelah diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat 148/85 mmHg, terdapat penurunan yang signifikan dari tekanan sistolik dan diastolik.

Rencana tindakan keperawatan yang kedua untuk diagnosa kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan edema, dalam pemberian tindakan keperawatan pada diagnosa tersebut prinsipnya sama yaitu menggunakan OTEK, untuk tahap yang pertama yaitu observasi status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah), monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, berat jenis urine, BUN, Na, K, Cl) dan untuk tahap yang kedua yaitu terapeutik : catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam, berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan, berikan cairan intravena dan yang terakhir adalah kolaborasi dalam pemberian diuretik.

Kelebihan volume cairan merupakan terjadinya peningkatan cairan isotonik. Kelebihan volume cairan bisa bisa menumpuk di luar sel-sel tubuh atau di ruangan antar sel di dalam jaringan tertentu yang berbetuk edema. Edema merupakan tanda dan gejala yang umum pada masalah kelebihan volume cairan. Kelebihan volume cairan dapat terjadi bila natrium dan air keduanya tertahan dengan proporsi yang kira-kira sama. Dengan terkumpulnya cairan isotonik yang berlebih maka cairan akan berpindah ke kompartemen cairan interstisial sehingga menyebabkan edema (Wulandari, 2017).

Rencana tindakan keperawatan ketiga untuk diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik dalam pemberian tindakan keperawatan pada diagnosa

tersebut prinsipnya sama yaitu menggunakan OTEK, untuk tahap yang pertama yaitu observasi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik. Teraupetik berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Nyeri merupakan pengalaman sensoris yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya kerusakan jaringan. Nyeri persalinan merupakan sensasi yang tidak menyenangkan akibat stimulasi saraf sensorik. Nyeri tersebut terdiri atas dua komponen, yaitu komponen fisiologis dan komponen psikologis. Komponen fisiologis merupakan proses penerimaan impuls tersebut menuju saraf pusat. Sementara komponen psikologis meliputi rekognisi sensasi, interpretasi rasa nyeri dan reaksi terhadap hasil interpretasi nyeri tersebut (Perry & Potter, 2013).

Pada intervensi keperawatan yang diterapkan tidak ada kesenjangan antara intervensi keperawatan teoritis dan intervensi pada kasus. Dalam hal ini berarti penerapan intervensi sama antara teori dan kasus hanya saja pada diagnosa keperawatan yang pertama perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d edema serebral memiliki intervensi khusus yang berdasarkan *evidence based* yaitu penerapan terapi rendam kaki dengan air hangat untuk penurunan tekanan darah.

4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan kriteria hasil yang ingin dicapai (Nursalam, 2011).

Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus, merangsang pelepasan bahan trofoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus. Bahan trofoblastik menyebabkan terjadinya endotheliosis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang dilepaskan mengakibatkan pelepasan tromboksan dan aktivasi /agregasi trombosit deposisi fibrin.

Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi/agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intravaskular yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulasi. Konsumtif koagulasi mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal

hemostasis. Renin uterus yang di keluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama- sama angiotensinogen menjadi angiotensi I dan selanjutnya menjadi angiotensin II. Angiotensin II bersama tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme. Vasospasme menyebabkan lumen arteriol menyempit. Lumen arteriol yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi.

Pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Secara ilmiah air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh. Pertama berdampak pada pembuluh darah dimana hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi besar dan lancar, yang kedua adalah faktor pembebanan didalam air yang akan menguatkan otot-otot dan ligamen yang mempengaruhi sendi tubuh (Rahim, 2015)

Merendam kaki dengan air hangat mempunyai efek fisik panas/hangat yang dapat menyebabkan zat cair, padat, dan gas mengalami pemuaian ke segala arah dan dapat meningkatkan reaksi kimia. Pada jaringan akan terjadi metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh. Efek biologis panas/hangat dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang meningkatkan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pelebaran pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler (Sabattani,

2016).

Hasil implementasi pemberian terapi dengan rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada Ibu. D dapat dilihat pada tabel :

Tabel 4.1
Observasi tekanan darah

| No. | Hari/tanggal | Tekanan darah sebelum terapi | | Tekanan darah setelah terapi | |
|-----|------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|--------------|
| | | Pagi | Malam | Pagi | Malam |
| 1. | Selasa, 1 Januari 2019 | Tidak dilakukan terapi | 160/100 mmHg | Tidak dilakukan terapi | 160/100 mmHg |
| 2. | Rabu, 2 Januari 2019 | 160/90 mmHg | 150/90 mmHg | 160/90 mmHg | 150/90 mmHg |
| 3. | Kamis, 3 Januari 2019 | 150/90 mmHg | 150/100 mmHg | 150/90 mmHg | 130/90 mmHg |

Implementasi dilakukan selama 3 hari sebanyak 6 kali pagi dan malam. Pada pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat ini dilakukan dalam waktu 15-20 menit dengan suhu air 37-39°C sebanyak \pm 2 Liter dengan mmerendam kaki sampai batas pergelangan kaki. Sebelum melakukan rendam kaki klien dengan air hangat terlebih dahulu peneliti mengukur tekanan darah klien dengan spygmomanometer air raksa kemudian setelah merendam kaki peneliti mengukur kembali tekanan darah klien. Pada tanggal 1 Januari 2019 hanya dilakukan terapi 1 kali pada malam harinya karena pada pagi hari klien baru selesai operasi *sectio caesarea* dan pada tanggal 2 dan 3 Januari 2019 dilakukan 2 kali, yaitu pada pagi dan malam hari. Setelah dilakukan implementasi terapi rendam kaki dengan air hangat didapatkan hasil terjadi penurunan tekanan darah pada hari ketiga pemberian rendam kaki dengan air hangat yang kedua kalinya pada malam hariya, disamping penggunaan obat

antihipertensi juga dibantu dengan pemberian rendam kaki dengan air hangat, sehingga membantu penurunan tekanan darah lebih cepat. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Sabattani, (2016) menyatakan penerapan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 15-20 menit mendapatkan hasil yang signifikan dalam penurunan tekanan darah pada pasien preeklamsia dari TD : 158/95 mmHg mengalami penurunan TD : 148/85 mmHg dengan *p value* 0.001. Dalam penelitian yang sama dilakukan oleh Solechah, (2017) menyatakan bahwa penerapan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 20 menit sebanyak 3x dengan waktu yang sama dan mendapatkan dampak yang signifikan dalam penurunan tekanan darah dengan *p value* 0.000 pada tekanan sistolik dan 0.003 pada tekanan diastolik.

Pada kasus ini terapi rendam kaki air hangat memang terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada ibu nifas dengan preeklamsia namun tidak terlalu signifikan karena waktu pemberian terapi terlalu singkat hanya 3 hari sehingga tidak efektif. Pemberian rendam kaki air hangat ini tidak efektif disebabkan juga karena klien mendapat obat antihipertensi sehingga hasilnya bias. Rendam kaki air hangat ini efektif bila dilakukan dalam jangka waktu yang cukup lama sesuai dengan penelitian Rahim, (2015) terapi rendam kaki air hangat ini dilakukan selama 2 bulan dan diterapkan pada ibu hamil trimester ke III sehingga efektif dan mendapatkan hasil yang signifikan TD : 144,7/92,9 mmHg menurun menjadi TD : 129,4/87,6 mmHg.

Menurut (Rottie, 2017) rendam kaki dengan air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh, pembuluh darah dimana hangatnya air membuat

sirkulasi darah menjadi lancar, menstabilkan aliran darah dan kerja jantung serta faktor pembenahan didalam air yang akan menguatkan otot-otot dan ligament yang mempengaruhi sendi tubuh.

Adapun pendapat dari Hardianti, (2018) bahwa kerja air hangat pada dasarnya adalah meningkatkan aktivitas sel dengan metode pengaliran energi melalui konveksi (pengaliran lewat medium cair). selain itu juga dengan terapi rendam kaki dengan air hangat dapat terjadi mekanisme konduksi dimana terjadi perpindahan hangat dan dari air hangat ke dalam tubuh sehingga dapat juga berfungsi seperti teknik akupuntur. Air hangat juga dapat mendorong vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan denyut jantung.

Pada kasus ini tekanan darah mengalami penurunan, setelah dilakukan penerapan rendam kaki dengan air hangat dinyatakan terdapat penurunan tekanan darah pada tekanan sistol dan diastol namun tidak terlalu signifikan. Hal ini dapat dijelaskan melalui teori konduksi yaitu terjadi perpindahan panas/hangat dari air hangat ke dalam tubuh menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan penurunan tegangan otot sehingga dapat menurunkan tekanan darah, lalu selanjutnya hal ini akan mempengaruhi baroreseptor yang ada pada arteri maupun arkusaorta lalu akan disampaikan melalui serabut saraf kepada otak sehingga akan merangsang tekanan sistol lalu terjadi regangan otot ventrikel dan kontraksi otot ventrikel. Sistem saraf yang bekerja di sini merupakan ANS (*Autonomic Nervous System*). ANS merupakan pengatur utama aktivitas kerja jantung, termasuk denyut jantung dan tekanan arteri. Air hangat dapat merangsang ANS dengan cepat dalam

menyeimbangkan fungsi bioreguler tubuh manusia (Hardianti, 2018).

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditemukan sebelumnya, dengan menggunakan metode SOAP (Nursalam, 2011).

Evaluasi pada tanggal 1 Januari 2019 pada diagnosa perfusi jaringan perifer tidak efektif didapatkan data subjektif klien mengatakan pandangan kabur, kepala pusing, dengan data objektif keadaan umum klien sedang, Tekanan darah sebelum dan setelah dilakukan terapi rendam kaki pada malam hari TD : 160/100 mmHg sedangkan untuk pagi harinya tidak dilakukan terapi karena klien baru selesai operasi jam 11.20 WIB, N : 82 x/menit, RR : 22x/menit, T : 36.6°C, wajah terlihat sedikit pucat, edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+) namun setelah diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat klien mengatakan badan terasa rileks.

Evaluasi pada tanggal 2 Januari 2019 pada diagnosa perfusi jaringan perifer tidak efektif didapatkan data subjektif klien mengatakan pandangan masih kabur namun sudah berkurang, kepala masih terasa pusing, dengan data objektif keadaan umum sedang, Tanda-tanda vital tekanan darah sebelum dan setelah diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat pada pagi hari didapatkan TD : 160/90 mmHg dan pada saat dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat pada malam harinya baik sebelum dan setelah terapi didapatkan tekanan darah 150/90 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 22 x/menit, T : 36.5°C, edema pada kaki masih ada (+) dan setelah diterapkan terapi rendam

kaki ini klien mengatakan rileks, tenang.

Evaluasi pada tanggal 3 Januari 2019 pada diagnosa perfusi jaringan perifer tidak efektif didapatkan data subjektif klien mengatakan pandangan tidak kabur lagi, kepala masih terasa pusing namun sudah berkurang, edema pada kaki sudah berkurang (mengempes). Data objektif yang didapat keadaan umum klien baik, tanda-tanda vital tekanan darah sebelum dan setelah diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat pada pagi hari didapatkan TD : 150/90 mmHg dan pada saat dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat pada malam harinya sebelum terapi didapatkan tekanan darah TD : 150/100 mmHg dan setelah terapi didapatkan TD : 130/90 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.8°C. Tekanan darah mengalami penurunan dari TD : 150/100 mmHg ke TD : 130/90 mmHg.

Evaluasi pada tanggal 1 Januari 2019 untuk diagnosa kelebihan volume cairan didapatkan data subjektif, klien mengatakan bengkak pada kaki, klien mengatakan kencingnya sedikit. Data objektif didapatkan BC : +60, proteinuria +3, Tanda-tanda vital (N : 82 x/menit, TD : 160/90 mmHg, RR : 22 x/menit, T : 36,6°C), Turgor kulit : elastis kembali dalam < 3 detik, Mukosa lembab, BB : 104 kg, Edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri (+), Akral dingin.

Evaluasi pada tanggal 2 Januari 2019 untuk diagnosa kelebihan volume cairan didapatkan data subjektif klien mengatakan bengkak pada kaki masih seperti kemarin, klien mengatakan kencingnya masih sedikit. Pada data objektif didapatkan BC : +10, tanda-tanda vital (N : 84 x/menit, TD : 150/90 mmHg,

RR : 22 x/menit), Turgor kulit : elastis kembali dalam < 3 detik, Mukosa lembab, BB : 103 kg, Edema pada ekstremitas bawah (+) dan Akral dingin.

Evaluasi pada tanggal 3 Januari 2019 untuk diagnosa kelebihan volume cairan didapatkan data subjektif klien mengatakan Klien mengatakan bengkak pada kaki sudah berkurang. Data objektif didapatkan tanda-tanda vital (N : 86 x/menit, TD : 130/90 mmHg, RR : 21 x/menit, T : 36.8°C), turgor kulit : elastis kembali dalam < 3 detik, mukosa lembab, akral hangat, BC : - 300, BB : 99 kg.

Evaluasi pada tanggal 1 Januari 2019 untuk diagnosa nyeri akut didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian perut dan pinggang, klien mengatakan nyeri semakin terasa jika bergerak, klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan terapi tarik nafas dalam. Data objektif didapatkan KU : sedang, kesadaran : compos mentis, karakteristik nyeri (P : luka post op sectio caesarea, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : di bagian perut hingga pinggang, S : skala sedang (5), T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit), klien tampak meringis, luka tertutup verban, panjang luka : 13 cm, jumlah jahitan : 15 jahitan, TTV (TD : 160/100 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 22 x/menit, T : 36.5 °C), Post op hari ke-1.

Evaluasi pada tanggal 2 Januari 2019 untuk diagnosa nyeri akut didapatkan data subjektif klien mengatakan masih nyeri pada bagian perut dan pinggang, Klien mengatakan nyeri semakin terasa jika bergerak namun tidak terlalu nyeri seperti kemarin, klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah

dilakukan terapi tarik nafas dalam. Data objektif KU : sedang, kesadaran : compos mentis, karakteristik nyeri (P : luka post op sectio caesarea, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : di bagian perut hingga pinggang, S : skala sedang (4), T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit), klien tampak meringis, luka tertutup verban, panjang luka : \pm 13 cm, jumlah jahitan : 15 jahitan, TTV (TD : 150/90 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 22 x/menit, T : 36.5 °C, Post op hari ke-2.

Evaluasi pada tanggal 3 Januari 2019 untuk diagnosa nyeri akut didapatkan data subjektif klien mengatakan perut tidak terlalu nyeri lagi, klien mengatakan nyeri sudah berkurang. Data objektif KU : baik, kesadaran : compos mentis, karakteristik nyeri (P : luka post op sectio caesarea, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian perut, S : skala ringan (2), T : nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri jika bergerak, nyeri berlangsung 3-5 menit), luka tertutup verban, anjang luka : \pm 13 cm, jumlah jahitan : 15 jahitan, TTV (TD : 130/90 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.8°C, Post op hari ke-3.

Dari ketiga diagnosa diatas telah diterapkan implementasi dan pada diagnosa kedua yaitu (kelebihan volume cairan) masalah keperawatan juga teratasi sebagian karena masih terdapat edema meskipun telah berkurang (mengempes) dan pada diagnosa yang ketiga yaitu nyeri akut masalah keperawatan juga teratasi sebagian karena klien masih merasakan nyeri meskipun sudah berkurang dari skala sedang (5) ke skala ringan (2), sedangkan untuk diagnosa yang pertama perfusi jaringan perifer tidak efektif masalah keperawatan sudah teratasi.

Pada kasus ini terapi rendam kaki air hangat memang terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada ibu nifas dengan preeklamsia namun tidak terlalu signifikan. Alternatif pemecahan masalah pada kasus ini adalah menganjurkan terapi rendam kaki air hangat ini dilakukan pada ibu hamil trimester ke tiga. Dalam penelitian yang dilakukan Rahim, (2015) menyatakan pemberian terapi rendam kaki air hangat pada ibu hamil trimester III mengalami penurunan yang signifikan dari tekanan darah 144,7/92,9 mmHg menurun menjadi 129,4/87,6 mmHg.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ibu. D dengan preeklamsia berat di ruang rawatan, maka dapat disimpulkan :

- a. Telah mengetahui tinjauan teori mengenai penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- b. Telah melakukan pengkajian pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achm
- c. ad Mochtar Bukittinggi.
- d. Telah merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- e. Telah melakukan salah satu intervensi dari jurnal tentang rendam kaki dengan air hangat pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- f. Telah menerapkan langsung tindakan keperawatan dengan terapi rendam kaki dengan air hangat pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- g. Talah menganalisis evaluasi keperawatan pada klien dengan penyakit preeklamsia berat di Ruang KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

- h. Telah melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ibu. D dengan penyakit preeklamsia berat di ruangan KB IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Diharapkan bagi petugas Rumah Sakit mulai untuk mencoba pengobatan non-farmakologi seperti terapi rendam kaki dengan air hangat sebagai penatalaksanaan dalam menurunkan tekanan darah pada kehamilan.

5.2.2 Bagi Pendidikan

Diharapkan bagi STIKes Perintis Padang dapat melengkapi buku-buku, ataupun jurnal-jurnal mengenai kesehatan khususnya keperawatan maternitas dan menyediakan referensi yang lengkap dan terbaru sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa.

5.2.3 Bagi Penulis

Diharapkan untuk kami mahasiswa yang telah memperoleh ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien dengan preeklamsia dapat menerapkan asuhan tersebut dengan benar berdasarkan teori yang telah dipelajari.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, W. N. (2017). Hubungan Preeklamsia Dengan Kondisi Bayi Yang Dilahirkan Secara Sectio Caesarea Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan*, 2(1), 1–6.
- Asmana, S. K., Syahredi, & Hilbertina, N. (2013). *Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Preeklampsia Berat di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2012-2013*. 5(3), 640–646.
- Azwar, A. (2013). Artikel Perawat Profesional dalam Sistem Keperawatan di Indonesia. Retrieved January 5, 2019, from www.blogspot.com website: <https://keperawatan-azrulazwar.blogspot.com/2013/07/peran-perawat-profesional-dalam-sistem.html>
- Chandranita, A. B. (2006). *Patologi Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Sumbar. (2018). Angka Kematian Ibu Melahirkan di Sumbar Meningkat. Retrieved January 5, 2019, from www.harianhaluan.com website: <https://www.harianhaluan.com/news/detail/68567/2017-angka-kematian-ibu-melahirkan-di-sumbar-meningkat/1>
- Eriyani, T., & Shalahuddin. (2018). *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Sectio Caesarea*. 028.
- Hardianti, I., Nisa, K., & Wahyudo, R. (2018). *Manfaat Metode Perendaman dengan Air Hangat dalam Menurunkan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi*. 8(April), 61–64.
- Hamilton, P. M. (2012). *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Hasni, Y. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang*. Politeknik Kesehatan Padang.
- Istiqomah. (2017). *Pengaruh Hidroterapi Rendam Kaki Air Hangat terhadap Tingkatan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi di Dusun Depok Ambarketawang Gamping Sleman Yogyakarta*. 1(3), 1–13.
- Keman, K. (2014). *Patomekanisme Preeklamsia Terkini*. Malang: UB Press.

- Machmudah. (2015). *Penerapan Model Konsep Need For Help dan Self Care pada Asuhan Keperawatan Ibu Pre Eklamsia Berat dengan Terminasi Kehamilan*. 3(1).
- Manuaba, I. B. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Marni. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas "Peuperium Care."* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nurarif, A. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawata Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta: Medication Jogja.
- Nursalam. (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktarina, M. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Deepublish.
- Pratiwi, D. A. (2015). Angka Kematian Ibu di Indonesia Masih Jauh dari Target MDGs 2015. Retrieved January 5, 2019, from [www.kompasiana.com website:](http://www.kompasiana.com/ditaanugrah/54f940b8a33311ba078b4928/angka-kematian-ibu-di-indonesia-masih-jauh-dari-target-mdgs-2015)
<https://www.kompasiana.com/ditaanugrah/54f940b8a33311ba078b4928/angka-kematian-ibu-di-indonesia-masih-jauh-dari-target-mdgs-2015>
- Pudiastuti, R. D. (2013). *Penyakit-Penyakit Mematikan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
Puskesmas Ngaliyan Semarang. (1).
- Pusdatin. (2014). Mothers Day Situasi Kesehatan Ibu. Retrieved January 5, 2019, from www.depkes.go.id website:
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf>
- Rahim, R., Saadah, S., & Rismawati, S. (2015). *Pengaruh Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Perubahan Tekanan Darah Ibu Hamil Hipertensi*.
- Rottie, J. V. (2017). *Pengaruh Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat*. 5.
- Sabattani, C. F., Machmudah, & Supriyono, M. (2016). *Efektivitas Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Ibu Hamil Penderita Preeklamsi di Puskesmas Ngaliyan Semarang*. (1).

- Saifuddin, A. B. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: PPNI.
- Setyaningsih, Y. (2016). *Asuhan keperawatan Post Partum SC dengan Indikasi Pre Eklamsia berat PIA0 di RS Sultan Agung Semarang*.
- SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: PPNI.
- SLKI DPP PPNI. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: PPNI.
- Solechah, N. (2017). *Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Pasien dengan Hipertensi di Puskesmas Bahu Manado*. 5.
- Ulya, M. (2017). *Pengaruh Kombinasi Terapi Merendam Kaki Dengan Air Hangat Dan Inhalasi Aromaterapi terhadap Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Desa Brabo Tanggunharjo Grobogan Jawa Tengah*.
- Utami, S. (2017). *Efektivitas Aromaterapi Bitter Orange Terhadap Nyeri Post Partum Sectio Caesarea*. 5(4), 316.
- Warniati, N. W. (2019). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penyembuhan LUka Post Operasi Sectio Caesarea*. 5(1), 7–15.
- Wulandari, O. (2017). *asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang.
- Yoga. (2013). Askep Preeklamsia Berat. Retrieved January 12, 2019, from www.blogspot.com website:
<https://yogasrondeng.blogspot.com/2013/09/askep-pre-eklamsi-beratpeb.html>

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

TEKNIK MENURUNKAN TEKANAN DARAH DENGAN RENDAM KAKI AIR HANGAT

a. Definisi

Merupakan metode terapi dengan cara merendam kaki hingga batas 10-15 cm diatas mata kaki menggunakan air hangat (Rika, 2017).

b. Tujuan

Terapi ini bertujuan untuk menurunkan tekanan darah (Rika, 2017).

c. Persiapan Alat dan Bahan

- 1) Spygmanometer
- 2) Stopwatch
- 3) Baskom
- 4) Handuk
- 5) Stetoskop
- 6) Lembar observasi
- 7) Air hangat

d. Prosedur Pelaksanaan

- 1) Tahap Prainteraksi
 - a) Mencuci tangan
 - b) Menyiapkan alat
- 2) Tahap Orientasi
 - a) Memberikan salam terapeutik
 - b) Validasi kondisi klien
 - c) Menjaga privacy klien

- d) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan ke klien
- 3) Tahap Kerja
- a) Berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas
 - b) Mendekatkan alat dekat klien
 - c) Memasukkan air hangat 36-38°C ke dalam baskom
 - d) Atur posisi klien nyaman mungkin
 - e) Intruksikan klien untuk memasukkan kaki ke baskom
 - f) Anjurkan klien merendam kaki selama 15-20 menit
 - g) Setelah selesai angkat kakji laku keringkan dengan handuk
 - h) Rapikan peralatan
- 4) Tahap Terminasi
- a) Evaluasi hasil kegiatan
 - b) Lakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya
 - c) Akhiri kegiatan dengan baik
 - d) Cuci tangan
- 5) Dokumentasi
- a) Catat respon klien
 - b) Catat waktu pelaksanaan tindakan
 - c) Paraf dan nama perawat

PREEKLAMISIA



HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN

WASPADA!!!!

PENGERTIAN

preeklamsia adalah kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi atau peningkatan tekanan darah dimana tekanan darah sistole diatas 140 mmHg dan diastole diatas 90 mmHg, edema dan proteinuria pada usia kehamilan 20 minggu.

KLASIFIKASI

Preeklamsia terbagi dua, yaitu :

1. Preeklamsia Ringan

Ditandai dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih , dema umum, kaki, jari tangan dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu, proteinurin 1+ atau 2+.

2. Preeklamsia Berat

Ditandai dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, proteinuria lebih dari 3g/liter, oliguria, yaitu jumlah urin < 500 cc/24 jam, adanya gangguan serebral, gangguan visus dan

rasa nyeri di epigastrium, terdapat edema & cyanosis.

GEJALA

1. Edema



2. Gangguan penglihatan

3. Nyeri kepala



4. Nyeri perut pada ulu hati

5. Gangguan kesadaran

6. Gangguan pernafasan

CARA MENURUNKAN DARAH

Dengan menggunakan terapi nonfarmakologi, yaitu dengan terapi rendam kaki dengan air hangat.

PENGERTIAN

Rendam kaki adalah salah satu terapi dengan cara merendam kaki hingga batas 10-15 cm di atas mata kaki menggunakan air hangat.

TUJUAN

Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan aliran darah pada bagian kaki.

ALAT DAN BAHAN

Sphygmomanometer, Air Hangat, Stopwatch, Baskom, Handuk, Stetoskop, Lembar observasi

CARA PENERAPAN TERAPI RENDAM KAKI DENGAN AIR HANGAT :

1. Berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas
2. Mendekatkan alat dekat klien

3. Memasukkan air hangat 36-38°C ke dalam baskom



4. Atur posisi klien nyaman mungkin
5. Intruksikan klien untuk memasukkan kaki ke baskom
6. Anjurkan klien merendam kaki selama 15-20 menit
7. Setelah selesai angkat kakji laku keringkan dengan handuk.

Mencegah preeklamsia pada kehamilan kedua !!!!!

Dr. Grace mengingatkan salah satu upaya mencegah preeklamsia pada kehamilan kedua. Penting untuk membatasi asupan garam dan mendapat cukup asupan kalium dari makanan sehari-hari. Konsumsi buah-buahan dan sayuran yang kaya akan nutrisi. Asupan vitamin, mineral, dan

antioksidan juga penting untuk kehamilan sehat. menjaga berat badan, konsultasi sedini mungkin sejak menjalani kehamilan kedua.

Hindari makanan dalam kemasan, makanan berkadar gula tinggi, makanan berpengawet, dan makanan yang banyak mengandung minyak.

JANGAN LUPA MEMERIKSAKAN KESEHATAN !!!

LEMBAR OBSERVASI

PENGARUH TERAPI RENDAM KAKI DENGAN AIR HANGAT TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH PADA PENDERITA

PREEKLAMSI BERAT DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

| No. | Hari/tanggal | Tekanan darah sebelum terapi | | Tekanan darah setelah terapi | |
|-----|------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|--------------|
| | | Pagi | Malam | Pagi | Malam |
| 1. | Selasa, 1 Januari 2019 | Tidak dilakukan terapi | 160/100 mmHg | Tidak dilakukan terapi | 160/100 mmHg |
| 2. | Rabu, 2 Januari 2019 | 160/90 mmHg | 150/90 mmHg | 160/90 mmHg | 150/90 mmHg |
| 3. | Kamis, 3 Januari 2019 | 150/90 mmHg | 150/100 mmHg | 150/90 mmHg | 130/90 mmHg |