

**PENERAPAN RENDAM KAKI AIR HANGAT DALAM ASUHAN
KEPERAWATAN PADA PASIEN PREEKLAMPSIA
BERAT DENGAN RISIKO PERFUSI SEREBRAL
TIDAK EFEKTIF DIRUANG KEBIDANAN
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR



**MOCHAMAD FADLI, S.Tr.Kep
223410951**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

**PENERAPAN RENDAM KAKI AIR HANGAT DALAM ASUHAN
KEPERAWATAN PADA PASIEN PREEKLAMPSIA
BERAT DENGAN RISIKO PERFUSI SEREBRAL
TIDAK EFEKTIF DIRUANG KEBIDANAN
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR

**Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik
Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan
Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners**



**MOCHAMAD FADLI, S.Tr.Kep
223410951**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Rendam Kaki Air Hangat Dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien Preeklampsia Berat dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Eektif di Ruang Kebidanan RSUP DR. M. Djamil Padang.

Nama : Mochamad Fadli

NIM : 223410951

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Prodi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, Juli 2023

Komisi Pembimbing

(**Ns. Elvia Metti.M.Kep. Sp.Kep.Mat**)
NIP. 198004232002122001

Ketua Program Studi Pendidikan
Profesi Ners

(**Ns. Nova Yanti.M.Kep. Sp.Kep.MB**)
NIP. 19801023 200212 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Mochamad Fadli, S.Tr.Kep
NIM : 223410951
Judul KTA : Penerapan Rendam Kaki Air Hangat Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Preeklampsia Berat Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep. Mat ()
Anggota Penguji : Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep, M.Kep ()
Anggota Penguji : Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB ()

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Ns. Nova Yanti, M.Kep.,Sp.Kep.MB)
NIP. 19801023 200212 2 002

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Identitas Diri

Nama : Mochamad Fadli, S.Tr.Kep
 Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta/04 November 1999
 Jenis Kelami : Laki-laki
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Nama Ayah : alm.Rabbana
 Nama Ibu : almh.Ermayenti
 Anak-ke : 1 dari 0 bersaudara
 Alamat : Sawah Sudut,Selayo,Kota Solok
 No. Hp/Email : +62 821-7413-7990
muhammadfadli2344@gmail.com

Riwayat Pendidikan

Pendidikan	Tempat	Tahun Lulus
SDN 08 Selayo	Solok	2012
SMPN 1 Kubung	Solok	2015
SMAN 1 Kubung	Solok	2018
Poltekkes Kemenkes Padang (Sarjana Terapan Keperawatan- Ners)	Padang	2022

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Mochamad Fadli, S.Tr.Kep
NIM : 223410951
Tanggal Lahir : 04 November 1999
Tahun masuk Profesi : 2022
Nama PA : Ns. Yosi Suryarinilsih, M.Kep.,Sp.KMB
Nama Pembimbing KTA : Ns. Elvia Metti, M. Kep, Sp. Kep. Mat

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul : Penerapan Rendam Kaki Air Hangat Dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien Preeklampsia Berat dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Eektif di Ruang Kebidanan RSUP DR. M. Djamil Padang. Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Januari 2024
Yang Membuat Pernyataan

Materai 10.000

(Mochamad Fadli, S.Tr.Kep)
NIM. 223410951

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Penerapan Rendam Kaki Air Hangat Dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien Preeklampsia Berat dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Eektif di Ruang Kebidanan RSUP DR. M. Djamil Padang”**. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan skripsi ini tanpa bantuan dan bimbingan Ibu **Ns. Elvia Metti, M. Kep, Sp. Kep. Mat** yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan skripsi. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Tasman, S. Kp, M. Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Ibu Nova Yanti, M. Kep, Sp. Kep. MB selaku ketua Program Studi pendidikan profesi Ners Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
5. Ibu pembimbing akademik Ns. Elvia Metti, M. Kep, Sp. Kep. Mat yang selalu memberikan support dan arahan untuk peneliti dan rekan- rekan satu bimbingan.
6. Teristimewa kepada ayahanda dan ibunda serta saudara yang telah memberikan semangat dan dukungan secara material dan finansial serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
7. Rekan- rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Padang, Januari 2024

Mochamad Fadli

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Karya Tulis Akhir, Juli 2023

Mochamad Fadli, S.Tr.Kep

**PENERAPAN RENDAM KAKI AIR HANGAT DALAM ASUHAN
KEPERAWATAN PADA PASIEN PREEKLAMPSIA BERAT DENGAN
RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DIRUANG RSUP DR.
M. DJAMIL PADANG**

Isi: xi + 53 halaman, 2 bagan, 13 tabel, 2 lampiran

ABSTRAK

Preeklampsia merupakan sindrom spesifik-kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria pada umur kehamilan diatas 20 minggu. Angka kejadian preklampsia di dunia berkisar 5-7% dari seluruh kehamilan. Sebaliknya di negara berkembang, angkanya cukup tinggi dan di Indonesia berkisar 5-10% . Salah satu penyebab preklampsia berat ini adalah karena faktor genetik, obesitas, usia kehamilan lebih dari 20 minggu, dan riwayat hipertensi. Dampak fatal bisa dialami ibu dan janin seperti kejang bahkan kematian. Salah satu tindakan non farmakologis yang dapat dilakukan untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada penderita preklampsia dengan teknik rendam kaki menggunakan air hangat.

Karya Tulis Akhir ini menggunakan pendekatan studi kasus. Penerapan ini dilakukan di ruang Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi yang didapatkan mulai tanggal 15 mei - 3 juni 2023 berjumlah 7 orang pasien preklampsia dengan sample yang diambil untuk penerapan rendam kaki air hangat sebanyak 2 orang pasien. Penelitian ini diambil secara purposive sampling pasien yang lebih memenuhi kriteria inklusi.

Hasil evaluasi dari intervensi yang diberikan pada pasien menunjukkan adanya perubahan tekanan darah pada kedua partisipan yang diberikan penerapan terapi rendam kaki air hangat ini. Setelah dilakukan penerapan rendam kaki air hangat selama 3 hari terjadi penurunan tekanan darah pada partisipan I sebelumnya dengan tekanan darah 162/89 menjadi 125/80, sedangkan pada partisipan II terjadi penurunan tekanan darah 154/95 menjadi 129/86

Kata Kunci: Terapi Rendam Kaki Air Hangat, Preeklampsia, Tekanan Darah Tinggi

Daftar Pustaka: 15 (2017-2023)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERYANTAAAN BEBAS PLAGIARISME	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B.Rumusan Masalah	5
C.Tujuan Penelitian	5
D.Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN LITERATUR.....	8
A. Konsep Preeklampsia	8
B.Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien PEB	15
C. Intervensi Keperawatan	19
D. Evidence Based Nursing (EBN)	23
E. Analisa Artikel	27
BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR	25
A. Desain dan Jenis Penelitian	25
B. Tempat dan Waktu Penelitian	25
C.Populasi dan Sample	25
D.Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	26
E.Prosedur Karya Tulis Akhir	27
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	31
A.Hasil	31
B.Pembahasan	41
BAB V PENUTUP	51
A.Kesimpulan	51
B.Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	19
Tabel 2.2 Analisa Artikel	27
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan.....	31
Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium	34
Tabel 4.3 Diagonsa Keperawatan Partisipan 1 dan 2.....	35
Tabel 4.4 Rencana Keperawatan Partisipan 1 dan 2	36
Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Partisipan 1 dan 2.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Laporan Kasus Partisipan 1
Lampiran 2 Laporan Kasus Partisipan 2

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia merupakan sindrom spesifik-kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria pada umur kehamilan diatas 20 minggu, paling banyak terlihat pada umur kehamilan 37 minggu, tetapi dapat juga timbul kapan saja pada pertengahan kehamilan. Saat ini edema pada wanita hamil dianggap hal yang biasa dan tidak spesifik dalam diagnosis preeklampsia (Inayah et al. n.d.).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator dari tingkat kesehatan suatu daerah. Dengan kata lain, tingginya angka kematian ibu, menunjukkan rendahnya tingkat kesehatan di daerah tersebut (Agustini NM, Suryani N, Murdani P, 2013). Angka kematian ibu secara global berjumlah 10,7 juta wanita meninggal selama 25 tahun dari 1990 hingga 2015 disebabkan oleh kematian ibu. Seiring dengan perkembangan zaman, angka kematian tersebut telah menurun di seluruh dunia. Secara global MMR (*maternal mortality ratio*) telah menurun 44% (33% hingga 48%), dari tahun 1990 dengan angka 385 (359 sampai 427) hingga tahun 2015 dengan angka 216 (207 sampai 249). Ini mengartikan bahwa suatu penurunan lebih dari 43% dari yang diperkirakan jumlah kematian ibu tiap tahun, dari 532.000 (496.000 sampai 590.000) pada tahun 1990 menjadi 303.000 (291.000 sampai 349.000) pada tahun 2015. Secara regional, penurunan tertinggi antara 1990 hingga 2015 terjadi di Asia tengah (72%), diikuti oleh Asia selatan (67%), Asia Tenggara (66%), Afrika utara (59%), Kaukasus dan Asia tengah (52%), Oseania (52%), Amerika latin dan Karibia (50%), Afrika Sub-Sahara (45%) dan Asia barat (43%). Penurunan di negara-

negara berkembang diperkirakan sebesar 48%. Negara berkembang, laju MMR tahunan menurun hingga 1.3% (0.6% hingga 2.0%) antara tahun 1990-2000, dan laju penurunan tiap tahun sebesar 3.1% (2.2% hingga 3.5%) antara tahun 2000-2015. Secara keseluruhan, dapat diartikan bahwa terjadi laju penurunan rata-rata sebesar 2.4% (1.7% hingga 2.7%) pertahun selama 25 tahun terakhir (WHO 2015).

Menurut *World Health Organization* Mangrasih,dkk (2020) di seluruh dunia kejadian preeklamsia yaitu 0,51% - 38,4%, Berdasarkan data dari WHO pada tahun 2015 AKI sangat tinggi sekitar 830 wanita disetiap hari meninggal di seluruh dunia dikarenakan komplikasi terkait persalinan serta kehamilan. Pada tahun 2015 terdapat 303.000 perempuan kehilangan nyawa setelah maupun sebelum persalinan dan pada masa kehamilan. Akibat dari kematian ibu karena disebabkan oleh infeksi, terjadi pendarahan yang sangat hebat, hipertensi saat ibu mengandung (*preeklamsia* dan *eklamsia*).

Angka Kematian Ibu di Indonesia masih merupakan angka tertinggi di negara Asean walaupun berdasarkan data resmi Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia terus mengalami penurunan. Pada tahun 2003 AKI di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2004 adalah 270 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2005 adalah 262 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2006 adalah 255 per 100.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2007 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) telah menurun dari 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Target *Millenium Development Goals* (MDGs) AKI di Indonesia tahun 2015 harus mencapai 125 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu tidak dapat turun seperti yang diharapkan karena masih tingginya penyebab morbiditas dan mortalitas maternal yang

meliputi kejadian perdarahan, infeksi, dan penyakit preeklampsia/eklampsia (Sarwono Prawirohardjo. 2009).

Sudah banyak dikembangkan cara dapat dilakukan untuk mengatasi preeklampsia, salah satu cara yaitu terapi farmakologi serta terapi non farmakologi. Cara yang dapat dilakukan dalam terapi non farmakologi yaitu merendam kaki air hangat untuk menurunkan tekanan darah air hangat banyak memiliki manfaat bagi tubuh, khususnya dalam memperlancar peredaran darah. rendam kaki menggunakan air hangat dapat meningkatkan sirkulasi, meningkatkan relaksasi otot. Terapi merendam kaki (hidroterapi kaki) ini juga mampu meningkatkan sirkulasi darah dengan mendilatasi pembuluh darah sehingga lebih banyak oksifgen ke jaringan yang mengalami edema ((Darah et al. 2023).

Angka kejadian preklampsia di dunia berkisar 5-7% dari seluruh kehamilan. Sebaliknya di negara berkembang, angkanya cukup tinggi dan di Indonesia berkisar 5-10% Departemen Kesehatan RI, 2005. Sibai et al, (2003), menyatakan bahwa preeklampsia adalah sindroma yang merupakan komplikasi 3-5% dari seluruh kehamilan dan berkontribusi terhadap tingginya tingkat morbiditas dan mortalitas ibu dan janin (Sibai et al,2003).

Salah satu penyebab preeklampsia berat ini adalah karena faktor genetik, obesitas, usia kehamilan lebih dari 20 minggu, dan riwayat hipertensi.

Usia Kehamilan Preeklampsia muncul setelah klien dengan usia kehamilan 20 minggu dengan Gejala kenaikan tekanan darah Jika terjadi preeklampsia di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronik. Sebagian besar preeklampsia terjadi pada minggu >37 minggu dan

semakin tua kehamilan maka semakin berisiko untuk terjadinya preeklampsia.

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklampsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklampsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklampsia hanya 5% .

Dampak yang terjadi akibat dari preeklampsia ini terjadi pada ibu dan janin. Pada ibu hamil terjadi perubahan jantung, mata, edema paru, liver, ginjal, dan darah yang tidak normal.

Dampak preeklampsia pada janin, antara lain: *Intrauterine growth restriction* (IUGR) atau pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, prematur, bayi lahir rendah, dan solusio plasenta. Studi jangka panjang telah menunjukkan bahwa bayi yang IUGR lebih rentan untuk menderita hipertensi, penyakit arteri koroner, dan diabetes dalam kehidupan dewasanya (Girsang, E. 2004).

Penelitian yang dilakukan oleh Nahira dan Sumarni (2023) pemberian rendaman kaki air hangat sangat berpengaruh untuk menurunkan tekanan darah karena terapi air hangat rendam kaki berdampak fisiologis bagi tubuh yang dapat membuat sirkulasi darah lancar.

Penelitian yang dilakukan oleh (Inayah et al. n.d.) dimana merendam kaki dengan air hangat sangat berpengaruh oleh penurunan Tekanan Darah pada ibu hamil, karena akan merangsang syaraf yang ada di kaki untuk bekerja dan berfungsi mendilatasi pembuluh darah serta melancarkan peredaran darah.

Penelitian yang dilakukan oleh Inakiya (2022) dimana merendam kaki dengan air hangat menunjukkan bahwa ada pengaruhnya terhadap

perubahan penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik ibu hamil preeklampsia berat

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti melakukan asuhan keperawata penurunan tekanan darah pada pasien preeklamsia dengan terapi rendam kaki air hangat diruang kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan peneliti di atas, maka peneliti merumuskan masalahnya yaitu bagaimana asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian terapi rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan hasil pengkajian penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- b. Melakukan rumusan diagnosa asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.
- c. Melakukan intervensi keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian

rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

- d. Melakukan tindakan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.
- f. Melakukann asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

- a. Hasil karya tulis akhir ini dapat menambah wawasan tentang asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan penelitian selanjutnya.

2. Manfaat praktis

- a. Bagi Rumah Sakit
Penulisan karya tulis akhir diharapkan dapat memberikan informasi / wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

b. Bagi Perawat

Penulisan karya tulis akhir ini, diharapkan dapat memberikan informasi mengenai asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat diruang kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

Sehingga, ini diharapkan seorang perawat dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien preeklamsia berat yang mengalami tekanan darah tinggi dengan penerapanrendam kaki air hangat

c. Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan yang diperoleh dapat dijadikan sebagai pembelajaran di prodi profesi Ners dalam asuhan keperawatan penurunan tekanan darah tinggi pada pasien PEB (preeklampsia berat) dengan pemberian rendam kaki air hangat.

d. Bagi pelayanan kesehatan

Penulisan karya tulis akhir ini bisa dijadikan masukan dalam upaya peningkatan asuhan keperawatan pada pasien preeklampsia berat.

e. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil karya tulis akhir yang diperoleh ini dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan maternitas pada pasien preeklamsia berat yang mengalami tekanan darah tinggi.

BAB II

TINJAUAN LITERATUR.

A. Konsep Preeklampsia

1. Definisi

Preeklampsia merupakan sindrom spesifik-kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria pada umur kehamilan diatas 20 minggu, paling banyak terlihat pada umur kehamilan 37 minggu, tetapi dapat juga timbul kapan saja pada pertengahan kehamilan. Saat ini edema pada wanita hamil dianggap hal yang biasa dan tidak spesifik dalam diagnosis preeklampsia (Girsang, E.2004).

Preeklampsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Rahim et al. 2015).

2. Faktor risiko

Preeklampsia adalah penyakit spesifik selama kehamilan tanpa etiologi yang jelas. Beberapa faktor risiko terjadinya preeklampsia :

a. Primigravida atau kehamilan pertama

Ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotropic-releasing hormone* (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan. Berdasarkan teori imunologik, preeklampsia pada primigravida terjadi. karena di primigravida pembentukan *blocking antibody* terjadi mengenai antigen yang belum sempurna, primigravida juga mengalami pembentukan *Human Leucoyte Antigen* (HLA-G) memainkan peran dalam memodulasi respons imun sehingga hasil konsepsi ditolak pada klien atau intoleransi ibu terhadap plasenta yang dapat menyebabkan preeklampsia (Inayah et al. n.d.).

b. Genetik

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

c. Obesitas atau biasa disebut kegemukan

Penyakit ini menyertai kehamilan seperti diabetes mellitus, Obesitas dapat mengakibatkan kolesterol meningkat, bahkan mengakibatkan jantung lebih cepat dan bekerja berat. Klien dengan obesitas dalam berarti tubuhnya semakin banyak jumlah darah yang terkandung yang semakin parah jantung dalam memompa darah sehingga dapat menyebabkan preeklampsia .

d. Usia kehamilan

Usia Kehamilan Preeklampsia muncul setelah klien dengan usia kehamilan 20 minggu dengan Gejala kenaikan tekanan darah Jika terjadi preeklampsia di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronik. Sebagian besar preeklampsia terjadi pada minggu >37 minggu dan semakin tua kehamilan maka semakin berisiko untuk terjadinya preeklampsia

e. Riwayat hipertensi

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklampsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklampsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklampsia hanya 5% .

f. Usia ibu

Usia hamil yang tidak berisiko yaitu antara 20-35 tahun. Rentang usia tersebut merupakan usia reproduktif yang aman untuk hamil karena komplikasi kehamilan yang sedikit sedangkan usia ibu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan rentang usia yang berisiko karena kejadian komplikasi meningkat pada usia tersebut. Wanita dengan

usia >35 tahun kemungkinan telah terjadi proses degeneratif yang memengaruhi pembuluh darah perifer sehingga terjadi perubahan fungsional dan struktural yang berperan pada perubahan tekanan darah, sehingga lebih rentan mengalami preeklampsia.

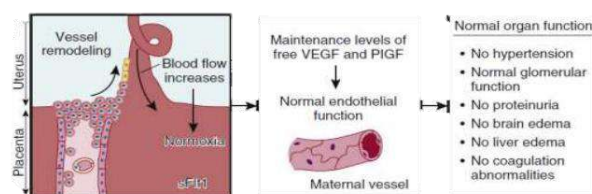
g. *Bad obstetric history*

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

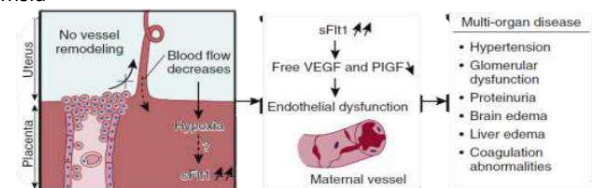
3. Patofisiologi

Preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus (Girsang, E. 2004).

Kehamilan Normal



Preeklampsia



(Malha et al., 2018)

Patofisiologi yang tepat dari preeklampsia masih belum diketahui, jelas bahwa ada plasentasi abnormal dan cacat invasi trofoblas mengakibatkan unit uteroplacenta berada di bawah perfusi. Hal ini berhubungan dengan kerusakan endotel dan produksi faktor vasoaktif, yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah

a. Teori kelainan vaskularisasi

Plasenta cabang-cabang Arteri uterus dan arteri ovarium memberikan aliran darah menuju rahim dan plasenta. kemudian keduanya akan masuk ke endometrium dalam bentuk arteri aquaria sehingga dapat memberikan cabang arteri radial. arteri radial tersebut akan masuk ke endometrium sehingga menjadi anggota dari arteri basal dari cabang arteri spiral. Dengan kehamilan yang normal, biasa terdapat trofoblas yang masuk ke dalam lapisan otot arteri spiral. Trofoblas juga masuk ke dalam bagian arteri spiral, sehingga jaringan matriks menjadi longgar serta lumen spiral menjadi lebih lebar. Lumen arteri spiral terjadi vasodilatasi dan distensi sehingga berdampak terjadinya hipotensi, resistensi pembuluh darah juga menurun, bahkan dapat membuat aliran darah ke daerah plasenta utero itu meningkat. Tekanan darah yang tinggi pada masa kehamilan membuat tidak terdapat invasi yang cukup lengkap di dalam sel trofoblas yang dilapisi otot arteri spiral untuk tetap kaku dan keras maka tidak mungkin terjadi distensi dan vasodilatasi akibat lumen arteri spiral itu sendiri. Maka mengakibatkan arteri spiral mengalami pengecilan lumen pembuluh darah sehingga aliran darah uteroplacenta menjadi berkurang, berakibat tidak adanya oksigen yang cukup dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh, dan iskemia pada plasenta.

4. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis preeklampsia menurut (Sabattani et al. 2016) ada beberapa manifestasi preeklampsia, yaitu :

- a. Bertambahnya berat badan, terjadi kenaikan berat badan yaitu ± 1 kg dalam seminggu.
- b. Timbul pembengkakan akibat BB meningkat, pembekakan pada kaki, muka dan pergelangan pada tangan.
- c. Hipertensi / tekanan darah tinggi (yang diukur selama 30 menit setelah pasien beristirahat) dengan tekanan darah $>140/90$ mmHg.

d. Proteinuria

1) Adanya protein dalam urine sebesar 0,3 gram/L/hari atau pemeriksaan kualitatif senilai +1/+2.

2) Kadar proteinuria 1 g/l yang dikeluarkan melalui kateter yang di ambil sebanyak 2 kali setiap 6 jam.

e. Tanda dan gejala lainnya yaitu : gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, sakit kepala, mual dan muntah, penurunan Gerakan janin dan ukuran janin lebih kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu.

5. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Girsang, E. 2004), pemeriksaan laboratorium preeklampsia adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan darah lengkap, hemoglobin menurun kadar normal Hb pada ibu yang sedang hamil adalah 12-14 gram%, peningkatan hematokrit (dengan nilai 37-43 vol%), dan trombosit mengalami penurunan (dengan nilai 150.000-450.000/mm³)

b. Tes urin, yang ditemukan proteinuria

c. Tes fungsi hati, Bilirubin mengalami peningkatan (yang Normalnya <1 mg / dl), serum Glutamat Piruvat transaminase (SGPT) mengalami peningkatan dari nilai normal (N = 15-45 u / ml), Aspartat aminotransferase (AST) >60 ul, SGOT juga mengalami peningkatan (N =<31 menurun (N = 6,7-8,7 g/dl)

d. Tes asam urat, peningkatan asam urat (N = 2,4-2,7 mg/dl)

e. Radiologi

1) Ultrasonografi, adanya perlambatan pertumbuhan janin intrauterin, respirasi intrauterin melambat, aktivitas pada janin melambat, dan cairan ketuban dengan volume sedikit.

2) Kardiografi, ditemukan denyut jantung janin (DJJ) dapat diketahui bahwa mengalami kelemahan.

6. Penatalaksanaan

Menurut (Muh Dikman Angsar. 2010) penatalaksanaan Preeklampsia memiliki beberapa prinsip dan beberapa penatalaksanaan sesuai dengan tingkat klasifikasinya.

a. Penatalaksanaan preeklampsia ringan:

- 1) Dapat dikatakan tidak mempunyai risiko bagi ibu maupun janin
- 2) Lakukan istirahat cukup
- 3) Bila klien tidak bisa tidur berikan luminal 1-2 x 30 mg/hari
- 4) Pemberian asam asetilsalisilat (aspirin) 80 mg/hari
- 5) Jika tekanan darah tidak menurun, anjurkan beri obat antihipertensi
- 6) Diet rendah garam dan diuretik
- 7) Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa tiap satu kali dalam seminggu
- 8) Indikasi rawat: jika terjadi perburukan, tekanan darah tidak menurun setelah dua minggu rawat jalan, peningkatan berat badan melebihi 1kg/minggu dua kali secara berurutan, atau jika klien menunjukkan tanda-tanda preeklampsia berat. Silahkan berikan obat antihipertensi.
- 9) Jika selama perawatan tidak ada perubahan, tata laksana sebagai preeklampsia berat. Jika ada perubahan maka lanjutkan rawat jalan.
- 10) Pengakhiran kehamilan: ditunggu sampai usia kehamilan 40 minggu, kecuali ditemukan pertumbuhan janin terhambat, gawat janin, solusio plasenta, eklampsia, atau indikasi terminasi lainnya. Minimal usia 38 minggu, janin sudah dinyatakan matur.
- 11) Persalinan pada preeklampsia ringan dapat dilakukan spontan atau dengan bantuan ekstraksi untuk mempercepat kala II.

b. Penatalaksanaan preeklampsia berat, Dapat ditangani secara konservatif atau aktif :

- 1) Konservatif berarti kehamilan dipertahankan Bersama dengan pengobatan medisinal dan memantau status fisik ibu dengan metode EWS Obsetrik. Perawatan konservatif dikatakan gagal bila ditemukan

adanya tanda eklampsia, kenaikan progresif dari tekanan darah, adanya sindrom Hellp, adanya kelainan fungsi ginjal, penilaian kesejahteraan janin jelek.

2) Aktif berarti kehamilan diakhiri/diterminasi bersama dengan pengobatan medisinal. Penatalaksanaan aktif dilakukan bila penilaian kesejahteraan janin jelek, adanya sindrom Hellp adanya gejala eklampsia, kehamilan aterm (apabila perawatan konservatif gagal).

3) Prinsip tetap pemantauan janin dengan klinis, USG, kardiografi.

c. Penatalaksanaan non farmakologi

Penelitian (LANA K. WAGNER, M.D.,2004) menyatakan rendam kaki dengan air hangat dan jahe dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 8,0 mmHg, dengan penurunan tekanan darah sistolik terendah sebesar 3,4 mmHg karena Kandungan minyak atsiri dalam jahe akan menimbulkan sensasi hangat dan bau pedas yang bisa memperlebar pembuluh darah sehingga memperlancar sirkulasi darah (Arinda & Khayati, 2019).

7. Komplikasi

Menurut (Girsang, E. 2004) bila preeklampsia tidak cepat ditangani dapat menimbulkan komplikasi yang akan menyebabkan kematian pada ibu dan janinnya, yaitu

a. Kurangnya aliran darah menuju ke plasenta

Preeklampsia dapat mempengaruhi arteri yang membawa darah menuju plasenta. Jika sampai di plasenta namun darah yang sampai tidak cukup, maka terjadi kekurangan oksigen dan pertumbuhan pada melambat atau lahir dengan berat bayi yang lebih rendah akibat kekurangan nutrisi.

b. Terlepasnya Plasenta

Risiko terlepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum ibu melahirkan salah satunya yaitu akibat dari Preeklampsia yang meningkatkan terjadinya risiko yang mengakibatkan pendarahan sehingga dapat mengancam ibu dan bayinya .

c. Sindrom *Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelets* (HELLP)

Hemolyssi (enzim sel darah merah) atau yang biasa disingkat dengan (HELLP), adalah tingginya enzim hati dan rendahnya trombosit. Gejala, yang timbul biasanya pusing, muntah, sakit kepala dan sakit perut .

d. Eklampsia

Preeklampsia jika tidak dikontrol, maka akan terjadi eklampsia. Eklampsia menyebabkan terjadinya kerusakan yang permanen pada organ klien, seperti hati, dan ginjal. Eklampsia yang parah menimbulkan ibu mengatasi koma, kerusakan pada otak dan menyebabkan kematian yang gagal .

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Data Subjektif

a. Data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data ppengkajian yang dikumpulkan pada pasien dengan kasus preeklamsia dalam kehamilan meliputi :

b. Identitas umum ibu, meliputi : nama, tempat tanggal lahir/umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, dan alamat rumah. Ibu dan suami digunakan untuk membedakan antar klien yang satu dengan yang lain (Marmi, 2012). Usia reproduksi sehat untuk menjalani kehamilan adalah antara 20 sampai 35 tahun. Sedangkan puncak kesuburan adalah pada usia 20 hingga 29 tahun. Risiko kehamilan pada perempuan berusia kurang dari 20 tahun adalah keguguran pada usia muda, persalinan prematur, cacat bawaan, anemia kehamilan, persalinan yang lama dan sulit dan kematian ibu. Sedangkan risiko kehamilan pada perempuan berusia lebih dari 35 tahun adalah peluang terjadinya perkembangan janin tidak normal, plasenta previa, solusio plasenta, hipertensi (preeklampsia) , perdarahan akibat jaringan rongga dan otot panggul yang melemah (Harun et al 2022)

c. Data riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan sekarang : ibu mengalami : sakit kepala didaerah frontal, terasa sakit di ulu hati/nyeri epigastrium, penglihatan kabur, mual muntah, anoreksia
- 2) Riwayat kesehatan dahulu : kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi pada kehamilan sebelumnya, kemungkinan ibu mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia pada kehamilan terdahulu, biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas, DM.
- 3) Riwayat kesehatan keluarga : kemungkinan mempunyai riwayat kehamilan dengan hipertensi dalam keluarga.
- 4) Riwayat obstetric : biasanya preeklamsia pada kehamilan paling sering terjadi pada ibu hamil primigravida, kehamilan ganda, hidramnion(kelebihan cairan ketuban) , dan molahidatidosa (hamil anggur) dan semakin tuanya usia kehamilan.

d. Pola nutrisi : jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan.

e. Psiko social spiritual : emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan kecemasan, oleh karenanya perlu kesiapan moril untuk menghadapi resikonya.

2. Pengkajian Data Objektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik terhadap klien .

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

- d. Nafas : ibu hamil dengan preeklamsia akan ditemukan nafas pendek, terdengar nafas berisik dan ngorok
- e. Suhu : ibu hamil dengan preeklamsia dalam kehamilan biasanya tidak ada gangguan pada suhu.
- f. BB : akan terjadi peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg/minggu atau sebanyak 3 kg dalam 1 bulan.
- g. Kepala : ditemukan kepala yang berketombe dan kurang bersih dan pada ibu hamil dengan preeklamsia akan mengalami sakit kepala
 - 1) Wajah : ibu hamil yang mengalami preeklamsia wajah tampak edema
 - 2) Mata : ibu hamil dengan preeklamsia akan ditemukan konjungtiva anemis, dan penglihatan kabur
 - 3) Bibir : mukosa bibir lembab
 - 4) Mulut : Terjadi pembengkakan vaskuler pada gusi menjadi hiperemik dan lunak, sehingga gusi bisa mengalami pembengkakan dan pendarahan
 - 5) Leher : biasanya akan ditemukan pembesaran pada kelenjar tiroid
- h. Thorax
 - 1) Paru – paru : akan terjadi peningkatan respirasi, edema paru dan nafas pendek
 - 2) Jantung : terjadi adanya dekompensasi jantung
 - 3) Payudara : biasanya akan ditemukan payudara membesar, lebih padat dan lebih keras, puting menonjol, areola menghitam dan membesar dari 3 cm menjadi 5 cm sampai 6 cm, permukaan pembuluh darah menjadi terlihat
- i. Abdomen : ditemukan nyeri pada epigastrium dan terjadi mual muntah
- j. Pemeriksaan janin : bunyi jantung tidak teratur dan gerakan janin melemah

- k. Extremitas : adanya edema pada kaki dan juga pada jari –jari
- l. System persyarafan : ditemukan hiperfleksia klonus pada kaki
- m. Genitourinaria : biasanya didapatkan oliguria dan proteinuria.

3. Diagnosa Keperawatan

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

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

1. Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan partisipan menunjukkan keefektifan perfusi jaringan perifer dengan indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler jari normal 2. Pengisian kapiler jari kaki normal 3. Kekuatan denyut nadi karotis normal <p>2. Edema perifer tidak ada</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oxygen therapy (Terapi oksigen) <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kemampuan pasien dalam mentoleransi kebutuhan oksigen saat makan b. Monitor perubahan warna kulit pasien c. Monitor posisi pasien untuk membantu masuknya oksigen d. Memonitor penggunaan oksigen saat pasien aktivitas 2. Paripheral sensation management (manajemen sensasi perifer) <ol style="list-style-type: none"> a. Memonitor perbedaan terhadap rasa tajam, tumpul, panas atau dingin b. Monitor adanya mati rasa, rasa geli c. Diskusikan tentang adanya kehilangan sensasi atau perubahan sensasi d. Minta keluarga untuk memantau perubahan warna kulit setiap hari
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan partisipan mampu menangani masalah nyeri dengan indikator :</p> <p>Kontrol nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenali kapan nyeri terjadi 2. Menggunakan tindakan pencegahan 3. Mengenali gejala yang terkait dengan nyeri 	<p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus 2. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan 3. Gunakan strategis komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 4. Kaji pengetahuan pasien mengenai

		<p>4. Melaporkan nyeri terkontrol</p> <p>Kepuasan klien manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri terkontrol 2. Menggunakan tindakan 	nyeri
3	Resiko cedera dengan faktor resiko internal (disfungsi integrasi sensori)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko cedera teratasi dengan indikator : Kejadian Jatuh</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada jatuh saat sendiri 2. Tidak ada jatuh saat berkerja 3. Tidak jatuh saat ke kamar mandi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen lingkungan <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien b. Lindungi pasien dengan pengangan pada sisi/bantalan pada sisi ruangan yang sesuai c. Letakkan benda yang sering digunakan dalam jangkauan pasien d. Anjurkan keluarga atau orang terdekat tinggal dengan pasien 2. Perawatan kehamilan resiko tinggi <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji kondisi medis aktual yang berhubungan dengan kondisi kehamilan (misalnya diabetes, hipertensi dll) b. Kaji riwayat kehamilan dan kelahiran yang berhubungan dengan faktor resiko kehamilan (misalnya premature preeklamsia dll) c. Kenali faktor resiko sosio demografi yang berhubungan dengan kondisi kehamilan (misalnya usia kehamilan, kemiskinan, ketiadaan pemeriksaan kehamilan dll) d. Kaji pengetahuan klien dalam mengidentifikasi faktor resiko
4	Risiko Cedera pada Janin dibuktikan dengan faktor risiko usia ibu (<15 tahun atau >35 tahun),	<p>Tingkat cedera</p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan resiko cedera pada janin tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun (DJJ membaik 120-160x/menit) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan denyut jantung janin Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi riwayat obstetric b. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok c. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya d. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Frekuensi gerak janin membaik 3. Berat badan membaik 4. Tanda – tanda vital dalam rentang normal <ol style="list-style-type: none"> a. Status Antepartum setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan status antepartum membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik 2. Tekanan darah dalam rentang normal (100 – 140 mmHg) 3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60 – 100 kali per menit) 4. Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5 ° - 37,5 °) 5. Tanda – tanda vital dalam rentang normal 	<ol style="list-style-type: none"> e. Monitor tanda vital ibu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Atur posisi pasien b. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <ol style="list-style-type: none"> 2. Perawatan kehamilan risiko tinggi <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor risiko kehamilan b. Identifikasi riwayat obstetric c. Identifikasi social dan demografi d. Monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Damping ibu saat merasa cemas b. Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil c. Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan risiko janin mengalami kelahiran premature b. Anjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan c. Anjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup d. Ajarkan mengenali tanda bahaya <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasikan dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan
--	--	---	--

D . Evidence-Based Nursing (EBN)

1. Pengantar

Hasil penelitian maslahatul inayah & tri anonim(2021) tentang eektivitas terapi rendam kaki air hangat terhadap perubahan penurunan tekanan darah ibu hamil preeklampsia didapatkan hasil bahwa ada pengaruh diastolik ibu hamil preeklampsia dengan nilai $p= 0,004$ dan $p=0,011$ serta ada perbedaan perubahan penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan $p=0,001$ dan $p=0,007$.

Hasil penelitian Panjaitan, dkk(2022) tentang pengaruh rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada preeklampsia berat didapatkan hasil bahwa rendam kaki air hangat dapat membantu menurunkan tekanan darah pada preeklampsia berat

Hasil penelitian Christina Febri Sabattani,dkk(2018) tentang efektifitas rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita preeklampsia di puskesmas ngaliyan semarang didapatkan hasil bahwa penelitian menunjukkan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat pada suhu 39°C selama 15 menit berpengaruh terhadap tekanan darah ibu hamil penderita preeklampsia.

2. Standar Operasional Prosedur Terapi Rendam Kaki Air Hangat

a. Tahap Orientasi

1. Mengucapkan salam, serta memperkenalkan diri
2. Menjelaskan tujuan,berapa lama dilakukan tindakan kepada pasien serta prosedur tindakan.



Untuk Membangun hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik, Agar pasien mengetahui tindakan yang akan diberikan.

b. Tahap Kerja

1. Mendekatkan peralatan ke pasien
2. Posisi pasien duduk di kursi



Untuk Agar lebih mudah dilakukan intervensi dan membuat klien merasa nyaman.

3. Memeriksa TD 10 menit sebelum merendam kaki
4. Membersihkan kaki jika tampak kotor



Untuk mengetahui tekanan darah klien sebelum dilakukan intervensi sehingga dapat di lihat apakah ada perubahan setelah di berikan intervensi.

5. Memasukkan air hangat dengan suhu 38-40 °C kedalam baskom dengan menggunakan termometer.



Untuk Merendam kaki menggunakan air hangat dapat merangsang syaraf yang terdapat di kaki sehingga dapat bekerja serta berfungsi memperlebar pembuluh darah dan melancarkan peredaran darah.

6. Memasukkan serta merendam kaki sampai mata kaki membiarkan selama 20-30 menit, ketika air sudah mulai dingin tambahkan air hangat kembali.



Untuk Merendam kaki dengan air hangat maka syaraf yang berada dikaki akan terangsang untuk bekerja dan berfungsi memperlebar pembuluh darah serta melancarkan peredaran darah dan rmerendam kaki air hangat membuat seseorang merasa nyaman, dimana rasa hangat yang menyentuh kulit merangsang hormon endorphin yang dapat menimbulkan rasa rileks.

7. Setelah selesai maka angkat kaki dan keringkan menggunakan handuk



Untuk menghindari resiko jatuh pada klien.

8. Ukur kembali tekanan darah selama 10 menit sesudah melakukan terapi merendam kaki menggunakan air hangat



Untuk melihat apakah terjadi perubahan TD setelah di lakukan terapi rendam kaki.

c. Tahap terminasi

1. Mengevaluasi hasil tindakan yang dilakukan
2. Kontrak waktu untuk melakukan kegiatan selanjutnya
3. Rapikan peralatan
4. Lakukan pendokumentasian



Untuk mengetahui hasil tindakan intervensi yang telah dilakukan, Menjadwalkan kembali kegiatan berikutnya, Mengembalikan alat ketempat semula

3. Analisa Artikel

Tabel 2.2 Analisa Artikel

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Efektifitas rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita preeklampsia di puskesmas ngaliyan semarang	Pengaruh rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada preeklampsia berat	Efektivitas terapi rendam kaki air hangat terhadap perubahan penurunan tekanan darah iu hamil preeklampsia
P (problem/population)	jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian quasi-ekperimen ,dengan pendekatan rancangan pre and post test pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.penelitian ini mengukur pengaruh pemberian intervensi terapi rendam kaki air hangat terhadap perubahan penurunan tekanan darah ibu hamil preeklampsia. Sample dalam penelitian ini adalah ibu hamil dengan preeklampsia di wilayah puskesmas ngaliyan semarang	Dalam proses penulisan ,penulis menggunakan metode literatur review. Populasi dalam artikel ilmiah ini adalah jurnal nasional tentang penerapan hidroterapi rendam kaki air hangat untuk menurunkan tekanan darah dengan kata kunci rendam kaki air hangat,pengambilan sample penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling yaitu teknik penetapan sample dengan cara memilih sample diantara populasi sesuai dengan tujuan masalah dalam artikel ilmiah	Hasil uji paired sample test dengan jumlah sample 18 diperoleh penurunan tekanna darah,merendam kaki dengan air hangat merupakan metode yang mengandalkan respon tubuh terhadap air atau disebut dengan metode low-tech yang menggunakan air sebagai objek
I (intervention)	Intervensi yang dilakukan yaitu merendam kaki menggunakan air hangat sampai terendamnya mata kaki selama 10-15 menit untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada preeklampsia	Intervensi yang diberikan yaitu pemberian air hangat guna untuk merendam kaki menurunkan tekanan darah diastolik dan sistolik ibu hamil dengan preeklampsia.	Intervensi yang diberikan yaitu pemberian rendam kaki air hangat guna untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada iu hamil dengan preeklampsia
C (comparison)	Penelitian ini sejalan dengan penelitian Pratika (2012) bahwa	Penelitian ini sejalan dengan penelitian sabbatani(2014) bahwa	Penelitian ini sejalan dengan penelitian ummiyati & asrofin

	adanya pengaruh terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah	ada penurunan tekanan darah paling banyak mencapai 9 mmHg berarti terdapat perbedaan arah pada ibu hamil penderita preeklampsia sebelum dan sesudah diberikan rendam kaki dengan air hangat	(2019) yang menyebutkan bahwa rendam kaki pada air hangat menghasilkan kalor yang bersifat melebarkan dan melancarkan pembuluh darah serta, merangsang saraf yang berada di kaki untuk merangsang saraf parasimpatis sehingga menyebabkan penurunan tekanan darah.
O (outcome)	Hasil penelitian menunjukkan setelah dilakukan rendam kaki dengan air hangat pada suhu 39°C selama 15 menit berpengaruh terhadap tekanan darah ibu hamil penderita preeklampsia.	Hasil literatur review didapatkan hasil rendam kaki air hangat digunakan sebagai metode dalam menurunkan tekanan darah terhadap ibu hamil dengan hipertensi atau pasien dengan preeklampsia.	Hasil penelitian menggunakan uji paired sample test dengan jumlah sample 18 orang diperoleh penurunan tekanan darah dimana nilai rerata seelum perendaman kaki diperoleh 141 mmHg dan setelah perendaman kaki mengalami penurunan menjadi 125 mmHg dengan nilai p=0,000

BAB III

METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (*case report*). Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. *Case report* (laporan kasus) merupakan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis, dan prognosis kasus. *Case report* mendeskripsikan cara klinis mendiagnosis dan memberi terapi kepada kasus, dan hasil klinis yang diperoleh (Hasnawati et al. 2022). Pada karya tulis akhir ini penulis ingin mengetahui bagaimana penerapan terapi rendam kaki air hangat dalam menurunkan tekanan darah tinggi pada pasien Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Kebidanan Lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang, waktu penelitian selama 3 minggu (15 Mei – 3 Juni 2023). Pengumpulan data dan penerapan dilakukan dalam waktu 6 hari yaitu pada tanggal 24 – 29 Mei 2023

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien *Preeklampsia Berat* (PEB) yang dirawat di ruang Kebidanan Lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan Mei-Juni 2023 sebanyak 7 orang.

2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada

(Nursalam 2016). Sampel dalam Karya Tulis Akhir ini adalah pasien *Preeklampsia Berat* (PEB) di ruang Kebidanan Lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Dengan kriteria sampel yaitu :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Responden dengan diagnosa PEB yang dirawat diruang Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- 2) Bersedia menjadi responden dan menandatangani *Inform Consent*
- 3) Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan mengikuti prosedur penulisan sampai akhir

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien pulang atas permintaan sendiri atau dirujuk
- 2) Pasien meninggal dunia saat dirawat inap
- 3) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran

D. Jenis – Jenis Data

1. Data primer

Data primer yaitu data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber (tidak melalui sumber perantara) dan data yang dikumpulkan secara khusus untuk menjawab pertanyaan penelitian yang sesuai dengan keinginan peneliti (FIRDAUS 2021).

Data primer yang dikumpulkan dari sampel meliputi keluhan utama, riwayat penyakit dahulu sekarang dan keluarga, dan data hasil pengukuran tekanan darah.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (FIRDAUS 2021). Data sekunder yang dikumpulkan pada penulisan ini meliputi data terapi medis dan obat – obatan pasien.

E. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dapat diartikan sebagai teknik untuk mendapatkan data yang kemudian dianalisis dalam suatu penelitian (Wawan Kurniawan 2021). Metode pengumpulan data dari penulisan ini dengan metode wawancara, observasi dan dokumentasi. Metode pelaksanaan dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan data identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan keluarga. Metode observasi dilaksanakan berupa pengamatan secara langsung terhadap pasien mengenai kondisi umum pasien, tanda – tanda vital, dan pengkajian keluhan pasien. Hasil dari penulisan kemudian menutup untuk selanjutnya dapat dianalisis.

F. Instrument Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penerapan EBN ini adalah air hangat. Selain itu SOP (standar operasional) rendam kaki air hangat juga digunakan sebagai instrumen dalam pelaksanaan penerapan.

G. Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

- a. Studi pendahuluan dilakukan dengan wawancara terbuka kepada perawat ruangan untuk menjaring responden yang berdiagnosa PEB
- b. Menjelaskan maksud dan tujuan melakukan penerapan di RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- c. Tindak lanjut pelaksanaan penelitian kepada responden di ruang Kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang dan menjelaskan maksud dan tujuan kepada responden dan meminta persetujuan dengan memberikan lembaran *inform consent*.

2. Tahap Pelaksana

- a. Melakukan identifikasi terhadap proses keperawatan meliputi mengkaji data keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengidentifikasi implementasi keperawatan dan mengevaluasi data keperawatan pada responden yang telah dijadikan klien

- b. Pengukuran tekanan darah sebelum dan sesudah rendam kaki air hangat pada responden.
- c. Setelah dilakukan rendam kaki air hangat diperoleh hasil tekanan darah pasien, kemudian untuk menurunkan tekanan darah tinggi pasien tersebut penulis memberikan rendam kaki air hangat selama 10-15 menit.
- d. Setelah pemberian rendam kaki air hangat dilakukan, maka penulis kembali melakukan pengukuran tekanan darah pada responden untuk mengetahui penurunan tekanan darah. Mendokumentasikan hasil penulisan pada lembar bantuan kesehatan

3. Tahap Evaluasi

- a. Setelah diberikan intervensi, mengecek respon verbal dan non verbal pasien.
- b. Di akhir pertemuan penulis mengucapkan terimakasih.
- c. Melaporkan dan mengucapkan terimakasih kepada perawat ruangan atas izin melakukan penelitian di Ruang Kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tersebut.

H. Penyajian Data

Penyajian data pada penelitian ini disajikan secara tekstual dan naratif yang disajikan secara sistematis meliputi proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

I. Etika Studi Kasus

Peneliti mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi partisipan agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Ethical clearance mempertimbangkan hal-hal dibawah ini:

1. Self determinan

Pada studi kasus ini, partisipan diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau mengundurkan diri tanpa ada paksaan.

2. Tanpa nama (anonimity)

Peneliti menjaga kerahasiaan partisipan dengan tidak mencantumkan identitas partisipan dan penanggung jawab pada lembar seluruh data proses perawatan, peneliti hanya memberi inisial sebagai pengganti identitas.

3. Kerahasiaan (confidentialy)

Semua informasi yang didapat dari partisipan, penanggung jawab, perawat ataupun data sekunder (rekam medis) atau lainnya tidak disebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya. Setelah 3 bulan hasil penelitian di presentasikan, data yang diolah dimusnahkan demi kerahasiaan responden.

4. Keadilan (justice)

Peneliti memperlakukan kedua partisipan secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi dengan memenuhi kebutuhan dasar partisipan selama di rawat di ruang Kebidanan RSUP DR.M.Djamil Padang.

5. Asas kemanfaatan (beneficiency)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan beban resiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti memberikan implementasi keperawatan untuk mengurangi rasa tidak nyaman berupa pemberian terapi minuman dingin, aroma terapi jahe dan peppermint. Bebas eksploitasi peneliti menjamin kerahasiaan data dan informasi yang diberikan oleh partisipan maupun penanggung jawab, peneliti hanya memberikan inisial pada identitas partisipan dan penanggung jawab. Bebas risiko yaitu peneliti menjamin keselamatan partisipan selama menjalani intervensi yang di anjurkan.

6. Maleficience

Peneliti menjamin tidak menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologi.

7. *Informed Conset*

Informed conset merupakan lembar persetujuan yang diberikan peneliti kepada subjek atas perlakuan yang diberikan. Hal in diperlukan untuk

menjamin hak-hak subjek dapat dipenuhi dan memastikan bahwa subjek memahami risiko dan manfaat dari penelitian.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus penerapan merendam kaki air hangat melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ibu. N dan Ibu. M mulai tanggal 15 Mei – 3 Juni 2023 di ruang Kebidanan lantai 2 RSUP DR.M. Djamil Padang. Pasien sadar dan bersedia menjadi responden. pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan wawancara dengan pasien dan keluarga, pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

A. Hasil

1. Pengkajian Keperawatan

Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas Pasien	Klien berinisial Ibu. N lahir tanggal 23 April 2000, usia 23 tahun, agama islam, status perkawinan sudah menikah , pendidikan terakhir SMA. Klien dengan nomor medis 01.17.57.xx	Klien berinisial Ibu. M lahir tanggal 23 April 1983, usia 40 tahun, agama islam, status perkawinan sudah menikah , pendidikan terakhir SMA. Klien dengan nomor medis 01.17.43.xx
Keluhan Utama	Masuk dari IGD RSUP Dr. M. Djamil padang pada tanggal 14 Mei 2023 pukul 12.04 WIB dengan rujukan dari RSUD M thalib kerinci. Klien masuk IGD dengan G3P0A2H0 gravid 33-34 minggu+ PEB+susp.Hipertiroid.klien mendapatkan methildopa 500mg, nifedipin 10mg.	Masuk dari IGD RSUP Dr. M. Djamil padang pada tanggal 20 Mei 2023 pukul 06.59 WIB rujukan dari RSAM bukittinggi. Klien masuk IGD dengan G5P4A1H2 gravid aterm 37-38 minggu+ plasenta previa marginalis susp.akreta +PEB dalam regimen mgso4 dosis. Pada saat di IGD klien rapid antigen.
Keluhan Kesehatan Sekarang	Hasil pengkajian yang didapatkan pada tanggal 17 Mei 2023 di ruang rawat inap kebidanan lantai 2, klien merasakan gerakan anak yang ada dalam kandungannya, tidak ada nyeri kepala,tidak ada nyeri ulu hati,penglihatan kabur.	Hasil pengkajian yang didapatkan pada tanggal 23 Mei 2023 di ruang rawat kebidanan lantai 2 , klien mengeluh keluar flek dari kemaluan gerak anak aktif, bekas sc 3x,tidak ada keluar darah.

Riwayat Kesehatan Dahulu	Klien ada riwayat hipertensi, sering hipertensi saat aktivitas dirumah tidak teratur dan tidak ada kontrol hipertensi.	Klien riwayat sudah sc 3x tidak ada persalinan normal dari anak pertama. tidak ada riwayat dm, jantung.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Klien mengatakan orang tua perempuan dari klien menderita hipertensi.	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi dan penyakit jantung sebelumnya.
Kebutuhan Oksigenasi	Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas di saat dirumah maupun saat masuk rumah sakit	Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas di saat dirumah maupun saat masuk rumah sakit
Kebutuhan Nutrisi dan Cairan	Pasien mengeluh kurang nafsu makan, makanan yang dihabiskan ½ porsi), frekuensi minum 3-4x/hari ± 500-750 cc/hari	Pasien mengeluh kurang nafsu makan, makanan yang dihabiskan ½ porsi), frekuensi minum 3-4x/hari ± 500-750 cc/hari
Kebutuhan Eliminasi	Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK ± 3-4 x/hari, berwarna kuning, tidak ada nyeri saat BAK. Frekuensi BAB 1x/hari, konsistensi lunak, tidak ada kesulitan BAB. Saat dirumah sakit frekuensi BAK ± 300 PER 7 jam, warna kuning. BAB 2 hari sekali.	Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK ± 3-4 x/hari, berwarna kuning, tidak ada nyeri saat BAK. Frekuensi BAB 1x/hari, konsistensi lunak, tidak ada kesulitan BAB. Saat dirumah sakit frekuensi BAK ± 500 PER 7 jam, warna kuning pekat. BAB 2 hari sekali.
Kebutuhan Istirahat dan Tidur	Pasien merasa tidak segar saat bangun tidur, ada keluhan kesulitan tidur karena tidak nyaman ada keluhan sering terbangun, ada keluhan tidur tidak puas, istirahat tidak cukup, pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.	Pasien mengeluh tidur siang ½ -1 jam, tidur malam 2-3 jam, Pasien merasa tidak segar saat bangun tidur, ada keluhan kesulitan tidur karena tidak nyaman ada keluhan sering terbangun, ada keluhan tidur tidak puas, istirahat tidak cukup, pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.
Kebiasaan Aktivitas	sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri. Saat dirumah sakit pasien mengeluh lemah otot, pusing dan terasa lelah setelah beraktivitas, ada keluhan pemenuhan kebutuhan aktivitas, aktivitas	sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri. Saat dirumah sakit pasien mengeluh lemah otot, pusing dan terasa lelah setelah beraktivitas, ada keluhan pemenuhan kebutuhan aktivitas, aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

	dibantu keluarga dan perawat.	
Kebutuhan Rasa Nyaman	Sebelum dan saat di rumah sakit pasien mengatakan nyeri pada ari ari ,merasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas lainnya.	Sebelum dan saat di rumah sakit pasien mengatakan nyeri pada ari ari ,merasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas lainnya.
Kebutuhan Personal Hygiene	Pasien dibantu keluarga untuk personal hygiene, mandi hanya dilap pada pagi hari.	Pasien dibantu keluarga untuk personal hygiene, mandi hanya dilap pada pagi hari.
Pemeriksaan Fisik	<p>Keadaan umum pasien, TD : 162/89 mmHg, HR :80 x/menit, RR :22x/menit, S : 36,5, SpO2 :99 %, Tingkat Kesadaran Composmentis</p> <p>GCS : 15 (E₄M₅V₆), Kepala Posisi mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sclera anikterik, pupil isokor, tidak ada kesulitan menggerakkan bola mata.</p> <p>Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran baik, Dada Pada pemeriksaan dada, dada terlihat simetris kiri dan kanan, sonor, fremitus kiri dan kanan sama, Jantung , Pada pemeriksaan jantung ictus cordis tidak teraba,pada perkusi bunyi pekak jantung dalam batas normal,pada auskultasi irama jantung normal, Abdomen Pada pemeriksaan abdomen, tidak ada lesi, terdapat nyeri tekan, timpani dan bising usus terdengar 15x/i.his tidak ada,DJJ: 140-150, Ekstremitas, Pada tangan kiri terpasang infus RL, CRT < 2 dtk, dan terdapat edema pada kaki. Turgor kulit baik dan akral teraba hangat. Genitalia, Terpasang kateter</p>	<p>Keadaan umum klien, TD : 154/95 mmHg, HR :82 x/menit, RR :21x/menit, S : 36,5, SpO2 :99 %, Tingkat Kesadaran Composmentis</p> <p>GCS : 15 (E₄M₅V₆), Kepala, Posisi mata simetris kanan dan kiri, sclera anikterik, pupil isokor, dan tidak ada kesulitan menggerakkan bola mata.</p> <p>Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran baik, Dada Pada pemeriksaan dada, dada terlihat simetris kiri dan kanan, sonor, fremitus kiri dan kanan sama, Jantung, Pada pemeriksaan jantung ictus cordis tidak teraba,pada perkusi bunyi pekak jantung dalam batas normal,pada auskultasi irama jantung normal, Abdomen Pada pemeriksaan abdomen, tidak ada lesi, terdapat nyeri tekan, timpani dan bising usus terdengar 15x/i.his tidak ada,DJJ: 150-160, Ekstremitas, Pada tangan kiri terpasang infus RL, CRT < 2 dtk, dan terdapat edema. Turgor kulit baik dan akral teraba hangat,soepel bu teraba, Genitalia, Terpasang kateter</p>

Terapi	Terapi pengobatan yang didapatkan klien yaitu melalui IV : IVFD RL: drip mgso4 dosis maintainance, ivfd RL 20 tpm, metildopa 500 mg, nifedipin 10 mg.	Terapi pengobatan yang didapatkan klien yaitu melalui IV : IVFD RL 28 tpm, IVFD D5% 28 TPM, Nifedipin 3x 10mg, asam mefenamat 3x 500 mg, metildopa 500 mg.
--------	---	--

a. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Ibu. N	Ibu. M	Nilai normal	Satuan
	Tanggal 19/05/2023	Tanggal 19/05/2023		
Hemoglobin	10,7	12,5	12,0-14,0	g/Dl
Leukosit	16,00	9,34	5,0-10,0	$10^3/\text{mm}^3$
Hematocrit	31	37	37,0-43,0	%
Trombosit	288	440	150-400	$10^3/\text{mm}^3$
MCV	76	83	82,0-92,0	fL
MCH	28	28	27,0-31,0	Pg
MCHC	35	34	32,0-36,0	%
RDW CV	14,9	13,2	11,5-14,5	%
Ureum darah	30	13	10-50	mg/dL
Kreatinin darah	0,4	0,5	0,6-1,2	mg/Dl
Albumin	2,9	3,2	3,8-5,0	g/dL

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjectif dan data objektif. Berikut ini diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan studi dokumentasi, observasi dan wawancara adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3

Diagnosa Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Diagnosa 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 3,</p>	<p>Diagnosa 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 3,</p>

<p>Pasien mengeluh pusing</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Konjungtiva anemis 2) TD:162/89 mmHg 3) N: 106x/menit, 4) S: 36,8^oC 5) RR: 22x/menit 6) Edema pada ekstermitas bawah 7) Hb : 10,7 g/dl 	<p>pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, mengeluh pusing dan lemas</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Konjungtiva anemis 2) TD:154/95 mmHg 3) N: 106x/menit, 4) S: 36,8^oC 5) RR: 21x/menit 6) Edema pada ekstermitas bawah 7) Hb : 12,5 g/dl
<p>Diagnosa 2 :</p> <p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>DO :</p> <p>Terdapat edema pada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ekstermitas 2) Albumin : 2,9 gr/dl 3) Hb : 10,7 g/dl 5) Tekanan darah : 162/89 mmHg 	<p>Diagnosa 2 :</p> <p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan bengkak pada kaki sebelum masuk rumah sakit</p> <p>DO :</p> <p>Terdapat edema pada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ekstermitas 2) Albumin : 3,2 gr/dl 3) Hb : 12,2 g/dl 5) Tekanan darah : 154/95 mmHg
<p>Diagnosa 3 :</p> <p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan pasien memiliki riwayat keguguran pada kehamilan sebelumnya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak gelisah 2) Sulit tidur pada malam hari 3) Respirasi 20 x/menit 4) Nadi 106 x/menit 5) TD : 162/89 mmHg 	<p>Diagnosa 3 :</p> <p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) TD : 154/95 mmHg 2) Akral dingin basah pucat

3. Rencana keperawatan

Tabel 4.4

Rencana keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat,sakit kepala menurun,gelisah menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik SIKI : Pemantauan tanda vital: Monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu tubuh, monitor tekanan nadi, dokumentasikan hasil pemantauan.</p>	<p>a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat,sakit kepala menurun,gelisah menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik SIKI : Pemantauan tanda vital: Monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu tubuh, monitor tekanan nadi, dokumentasikan hasil pemantauan.</p>
<p>b.hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : Asupan cairan meningkat,Output urine meningkat,Membran mukosa lembab meningkat,Dehidrasi menurun,Konfusi menurun,Tekanan darah membaik,Frekuensi nadi membaik, Turgor kulit membaik SIKI : manajemen hipervolemia :Periksa tanda dan gejala hperovolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat),Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP),Mnitor intake dan ooutput cairan,Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, henatokrit),Batasi asupan cairan dan garam,Kolaborasi pemberian deuretik,Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik</p>	<p>b.hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : Asupan cairan meningkat,Output urine meningkat,Membran mukosa lembab meningkat,Dehidrasi menurun,Konfusi menurun,Tekanan darah membaik,Frekuensi nadi membaik, Turgor kulit membaik SIKI : manajemen hipervolemia :Periksa tanda dan gejala hperovolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat),Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP),Mnitor intake dan ooutput cairan,Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, henatokrit),Batasi asupan cairan dan garam,Kolaborasi pemberian deuretik,Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik.</p>

<p>c.ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <p>SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil : Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun. Perilaku gelisah menurun, Pucat menurun,Pola tidur membaik,Frekuensi pernafasan mebaik,Nadi membaik,Tekanan darah membaik.</p> <p>SIKI : reduksi ansietas : Identifikasi saat tingkat ansietas berubah,Monitor tanda-tanda ansietas,Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan,Pahami situasi yang menyebabkan ansietas, Dengarkan dengan penuh perhatian, Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit,Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan,Latih teknik relaksasi,Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan</p>	<p>c.intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>SLKI : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil : Kemudahan melakuka aktivitas sehari-hari meningkat,Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, Keluhan lelah menurun,Sianosis menurun,Frekuensi nadi membaik,Warna kulit membaik, Frekuensi nafas membaik,Tekanan darah membaik</p> <p>SIKI : manajemen energi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan,Monitor kelelahan fisik dan emosional,Monitor pola dan jam tidur,Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus,Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif,Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap,Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
---	--

4. Implementasi dan evaluasi keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi dan evaluasi Keperawatan

Hari/tanggal	Ibu. N	Ibu. M
Rabu/31 Mei 2023	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>Implementasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan <p>Memonitor tekanan darah,suhu tubuh,nadi (TD : 136/88mmHg ,HR: 85x/menit RR : 21x/menit,S:36.6</p> <p>-mengajarkan rendam kaki air hangat</p> <p>Evaluasi :</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Setelah</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>Implementasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan <p>Memonitor tekanan darah,suhu tubuh,nadi (TD : 129/86mmHg ,HR: 84x/menit, RR : 20x/menit,S:36.5</p> <p>-mengajarkan rendam kaki air hangat</p> <p>Evaluasi :</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi. Setelah dilakukan implementasi pada ibu M dan evaluasi yang didapatkan hari pertama pasien mengatakan</p>

	<p>dilakukan implementasi pada ibu N dan evaluasi didapatkan hari pertama pasien masih merasa sakit kepala,TD: 160/88mmHg, pada hari kedua pasien masih merasa sakit kepala dengan TD : 147/88mmHg ,N:95x/menit,S:36,5, evaluasi yang didapatkan selama 3 hari pada Ibu N dengan diagnosa keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi pada hari ketiga yaitu :</p> <p>S : Klien mengatakan sudah tidak merasakan pusing lagi O : TTV pasien sudah membaik tensi : 125/80 A : Masalah sudah teratasi. P : Intervensi dihentikan.</p> <p>Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi sudah teratasi dengan klien tidak lagi merasakan pusing lagi, tensi pasien sudah turun menjadi 125/80 pasien diberi teknik nafas dalam dan rendam kaki air hangat</p>	<p>masih sakit kepala dengan TD: 154/95 mmHg HR:92x/menit ,pada hari kedua pasien mengatakan masih sakit kepala dengan TD : 147/88mmHg ,HR: 89x/menit ,S: 36,5 ,evaluasi yang didapatkan selama 3 hari pada Ibu M dengan diagnosa keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi pada hari ketiga yaitu :</p> <p>S : Klien mengatakan sudah tidak merasakan pusing lagi O : TTV pasien sudah membaik tensi : 129/86 A : Masalah sudah teratasi. P : Intervensi dihentikan.</p> <p>Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi sudah teratasi dengan klien tidak lagi merasakan pusing lagi, tensi pasien sudah turun menjadi 129/86pasien diberi teknik nafas dalam</p>
Rabu/31 Mei 2023	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>Implementasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (RR pasien = 20 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 134/85 mmHg, HR = 85 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam pasien - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan Berkolaborasi pemberian diuretik <p>Mengajarkan terapi rendam kaki air hangat</p> <p>Evaluasi:</p>	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>Implementasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (RR pasien = 20 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 134/85 mmHg, HR = 85 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam pasien - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan Berkolaborasi pemberian diuretik <p>Mengajarkan terapi rendam kaki air hangat.</p> <p>Evaluasi :</p> <p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR = 84 x/menit - Warna kulit tampak pucat

	<p>S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR = 84 x/menit - Warna kulit tampak pucat - CRT > 2 detik - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik <p>A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan di ruangan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik - Udem ekstremitas bawah berkurang <p>A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan di ruangan</p>
<p>Rabu/31 Mei 2023</p>	<p>Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional</p> <p>Implementasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman (memberikan posisi yang nyaman bagi pasien) - Memonitor secara berkala keadaan cemas - Memonitor adanya indikator tidak rileks (menanyakan pasien mengenai hal-hal yang menyebabkan pasien cemas) - Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi (mengatur suhu ruangan yang sejuk, menganjurkan keluarga pasien di ruangan untuk melambatkan suara ketika berbicara) - Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman (mengatur posisi fowler pada pasien) - Menghentikan sesi relaksasi secara bertahap (mengajak pasien untuk berbincang) - Memberi waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi (pasien mengatakan lebih rileks dan sesak nafasnya berkurang) <p>Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit (pasien menggunakan baju kaos)</p> <p>Evaluasi :</p> <p>S = Pasien mengatakan cemasnya mulai berkurang</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tidak gelisah - RR = 18 x/menit 	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>Implementasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kemampuan pasien dalam beraktivitas klien masih dibantu aktifitasnya oleh perawat dan keluarga) - Mengkaji respon pasien terhadap aktifitas.(klien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas ringan). - Mengajarkan teknik penghematan energi (pasien memahami penghematan energi dengan cara diantu oleh keluarga) - Memerikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitasnya secara bertahap (pasien masih mampu melakukan aktivitas ringannya secara bertahap <p>Evaluasi:</p> <p>S = pasien mengatakan bisa beraktivitas ringan secara bertahap</p> <p>O = pasien masih nampak lemah sudah berkurang</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan di ruangan</p>

	- HR = 76 x/menit - TD = 132/78 mmHg A = Masalah ansietas teratasi sebagian P = intervensi dilanjutkan	
--	---	--

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan kasus preeklampsia diruang kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dalam bab ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan preeklampsia yang dilakukan sejak tanggal 15 Mei sampai 3 Juni 2023. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian

Pada pengkajian didapatkan bahwa faktor resiko preeklampsia partisipan I dan partisipan II terjadi pada usia kehamilan, Pada partisipan I dan partisipan II usia kehamilannya diatas 20 minggu, dimana pada partisipan I usia kehamilannya 34 minggu dan partisipan II usia kehamilannya 38 minggu, dimana usia kehamilan ini mempengaruhi terjadinya preeklampsia. Maka keduanya cocok dengan konsep faktor terjadinya preeklampsia dengan usia diatas 20 minggu.

Riwayat Hipertensi Pada partisipan I dan partisipan II dimana keduanya memiliki riwayat hipertensi, maka dijelaskan dalam konsepnya bahwa riwayat hipertensi sangat berpengaruh terjadinya preeklampsia . maka keduanya cocok dengan konsep faktor terjadinya preeklampsia dengan riwayat hipertensi.

Faktor usia ibu juga mempengaruhi pada partisipan I usia ibu 23 tahun ,usia tersebut merupakan usia reproduktif yang aman untuk hamil karena komplikasi kehamilan yang sedikit,sementara pada partisipan II usia ibu

40 tahun, usia tersebut kemungkinan telah terjadi proses degeneratif yang mempengaruhi pembuluh darah perifer sehingga terjadi perubahan fungsional dan struktural yang berperan pada perubahan tekanan darah, sehingga lebih rentan mengalami preeklampsia.

Pada pasien dengan preeklampsia biasanya didapatkan keluhan utama yang berbeda-beda, seperti tekanan darah tinggi, mata kabur, sering pusing edema pada ekstremitas bawah, tekanan darah yang tidak teratur.

Jadi hasil analisa peneliti dalam pengkajian pada Partisipan I dan Partisipan II didapatkan beberapa hasil yang sama. Adapun hasil yang sama antara lain terjadinya tekanan darah yang tinggi, sakit kepala, pusing, mual penglihatan kabur.

Hasil ini sejalan dengan konsep (Arikah, Rahardjo, and Widodo 2020) yang mengatakan bahwa ada beberapa pasien dengan usia kehamilan diatas 20 minggu yang mengalami preeklampsia.

Berdasarkan konsep (Kaimudin et al. 2020) menjelaskan usia rentan mengalami preeklampsia adalah <20 tahun atau >35 tahun, Keadaan alat reproduksi yang belum siap menerima kehamilan mempunyai risiko lebih besar untuk mengalami kecendrungan naiknya tekanan darah, sehingga meningkatkan terjadinya preeklampsia.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya. Didalam penelitian ini peneliti menemukan tiga masalah keperawatan dua diantaranya merupakan masalah keperawatan yang sama antara kedua pasien kelolaan peneliti. Pada pasien Partisipan I

ditemukan tiga masalah keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Sedangkan pada pasien Partisipan II ditemukan 3 masalah yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dan intoleransi aktivitas berhubungan kelemahan, Berikut penulis akan membahasnya :

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) risiko perfusi serebral tidak efektif dapat meningkatkan tekanan darah yang tinggi sehingga dapat terjadi masalah preeklampsia pada ibu hamil.

Peneliti mendapatkan masalah keperawatan berdasarkan ruangan pada Partisipan I yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif. Diagnosa ini ditegakkan peneliti karena didukung oleh data-data antara lain pasien sebelumnya mempunyai riwayat hipertensi dan sudah memasuki trimester 3 ,tugor kulit menurun,dengan TD: 162/89 ,udema pada ekstremitas bawah.

Peneliti mendapatkan masalah keperawatan berdasarkan ruangan pada Partisipan II yaitu risiko perfusi serebral berhubungan dengan hipertensi. Diagnosa ini ditegakkan peneliti karena didukung oleh data-data antara lain pasien sebelumnya mempunyai riwayat hipertensi dan sudah memasuki trimester 3 ,tugor kulit menurun,dengan TD: 154/95 ,udema pada ekstremitas bawah.

Kolaborasi pemberian analgetik dan pengaruh terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian analgetik dan terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah. Berdasarkan teori dan penelitian terkait penulis beramsumsi bahwa selain penatalaksanaan farmakologis, dengan terapi rendam kaki air hangat dapat berpengaruh signifikan terhadap penurunan tekanan darah dari tekanan darah tinggi menjadi rendah, pasien merasa rileks dengan kegiatan tersebut dan mampu mengurangi tekanan darah tinggi dan sakit kepala yang dirasakan.

b. Hipervolemia

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) hipervolemia merupakan kadar bagian yang cair pada darah terlalu tinggi dapat juga disebabkan karena mengkonsumsi garam berlebih

Peneliti mendapatkan masalah keperawatan berdasarkan pada Partisipan I yaitu hipervolemia. Diagnosa ini ditegakkan peneliti karena didukung oleh data-data antara lain pasien mengatakan bengkak pada kaki sejak sebelum masuk rumah sakit, bengkak tersebut sudah lama dialami pasien sejak kehamilan umur 34 minggu

c. Ansietas

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) ansietas merupakan kecemasan yang terjadi pada kejadian masalah atau yang telah terjadi .

Peneliti mendapatkan masalah keperawatan pada Partisipan 1 yaitu ansietas terjadi karena krisis situasional. Diagnosa ini ditegakkan peneliti karena didukung oleh data-data antara lain pasien mengalami cemas terkait keluhan yang dirasakan

dikarenakan pasien memiliki riwayat keguguran pada kehamilan sebelumnya yaitu kehamilan pertama dan kedua.

d. Intoleransi aktivitas

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) intoleransi aktivitas merupakan gangguan pada aktivitasnya dalam sehari hari.

Peneliti mendapatkan masalah keperawatan pada partisipan 2 yaitu adanya intoleransi aktivitas pada pasien. Diagnosa ini ditegakkan oleh peneliti di dukung oleh data-data anatra lain pasien mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari hari

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan dan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada pasien (Nursalam 2016)

Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus Partisipan 1 dan Partisipan 2 didasarkan pada tujuan intervensi masalah keperawatan dua diantaranya Yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan hipervolemia.

Sedangkan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien Partisipan I dan Partisipan II yang berbeda masalah keperawatannya yaitu pada Partisipan I adanya masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional, sedangkan pada Partisipan II adanya masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
Tujun : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat. Dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat,

sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik menurun, tekanan darah diastolik menurun (SLKI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah pemantauan tanda vital : monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu tubuh, monitor tekanan nadi, dokumentasikan hasil pemantauan (SIKI, 2018).

b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Dengan kriteria hasil Output urine meningkat, membran mukosa lembab meningkat, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, turgor kulit membaik (SLKI, 2018). Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat), Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP), Monitor intake dan output cairan, Batasi asupan cairan dan garam, Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) (SIKI, 2018).

c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun. Ditandai dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, pucat menurun, pola tidur membaik, frekuensi pernafasan mebaik, nadi membaik, tekanan darah membaik (SLKI, 2018). Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, Monitor tanda-tanda ansietas, Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Dengarkan dengan penuh perhatian, Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit, Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan, Latih teknik relaksasi (SIKI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap melakukan rencana keperawatan yang telah dibuat. Adapun kegiatan yang ada dalam tahap implementasi meliputi pengkajian ulang, memperbaharui data dasar, meninjau, dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang direncanakan.

Peneliti melakukan semua implementasi berdasarkan semua tindakan yang telah direncanakan pada intervensi. Teori ini sesuai dengan hasil implementasi yang peneliti dapatkan. Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Hasil implementasi yang dilakukan dari tanggal 17 Mei – 20 Mei 2023 pada Partisipan I dan terhadap Partisipan II pada tanggal 24 Mei - 28 Mei 2023 dilakukan dengan menyesuaikan kondisi pasien tanpa meninggalkan prinsip dan konsep keperawatan.

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Ibu N) dan pasien 2 (Ibu M) selama 3 hari perawatan akan dijabarkan sebagai berikut.

Pada pasien 1 (Ibu) pada hari pertama dilakukan memonitor status pernapasan, memonitor tekanan darah dengan memberikan terapi rendam kaki air hangat, suhu tubuh, nadi, memonitor MAP.

Pada hari kedua tindakan yang dilakukan yaitu memonitor status pernapasan, memonitor tekanan darah dengan memberikan terapi rendam kaki air hangat, suhu tubuh, nadi, memonitor MAP.

Pada hari ketiga memonitor status pernapasan, memonitor tekanan darah dengan memberikan terapi rendam kaki air hangat, suhu tubuh, nadi, memonitor MAP.

Jika status monitor tekanan darah pada ibu hamil dengan preeklampsia tidak terkontrol dengan baik dapat memiliki komplikasi yang fatal baik bagi ibu maupun janinnya.

Dampak preeklampsia pada janin, antara lain: *Intrauterine growth restriction* (IUGR) atau pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, prematur, bayi lahir rendah, dan solusio plasenta. Studi jangka panjang telah menunjukkan bahwa bayi yang IUGR lebih rentan untuk menderita hipertensi, penyakit arteri koroner, dan diabetes dalam kehidupan dewasanya (Girsang, E. 2004).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, pada tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji respon setelah dilakukan intervensi keperawatan, membandingkan respon pasien dengan kriteria hasil, memodifikasi asuhan keperawatan sesuai dengan hasil evaluasi dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

Pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah keluhan pasien sudah berkurang, namun belum hilang sepenuhnya. Asuhan keperawatan perawatan telah dilakukan, namun masalah belum teratasi. Hal ini dikarenakan masih adanya edema pada ekstermitas, akral masih teraba dingin, tekanan darah masi tinggi.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi keluhan edema pada ekstermitas sudah berkurang. Asuhan keperawatan telah dilakukan namun masalah belum teratasi, hal ini dikarenakan balans cairan pasien pada evaluasi terkahir masih edema ekstermitas bawah masih ada.

Evaluasi diagnosa keperawatan ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan masalah belum teratasi, hal ini dikarenakan pasien masih mengeluh badan sedikit lemas, tekanan darah

masih cenderung tinggi, adanya anemia pada pemeriksaan laboratorium. Sehingga pasien masih memerlukan perawatan lanjutan

Evaluasi yang didapatkan dalam pemberian analgetik dan pengaruh terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian analgetik dan terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah. Berdasarkan teori dan penelitian terkait penulis beransumsi bahwa selain penatalaksanaan farmakologis, dengan terapi rendam kaki air hangat dapat berpengaruh signifikan terhadap penurunan tekanan darah dari tekanan darah tinggi menjadi rendah, pasien merasa rileks dengan kegiatan tersebut dan mampu mengurangi tekanan darah tinggi dan sakit kepala yang dirasakan.

6. Analisis Penerapan Terapi Rendam Kaki Air Hangat

Hasil penelitian Maslahatul Inayah & Tri Anonim (2021) tentang eektivitas terapi rendam kaki air hangat terhadap perubahan penurunan tekanan darah ibu hamil preeklampsia didapatkan hasil bahwa ada pengaruh diastolik ibu hamil preeklampsia serta ada perbedaan perubahan penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Hasil penelitian Panjaitan, dkk(2022) tentang pengaruh rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada preeklampsia berat didapatkan hasil bahwa rendam kaki air hangat dapat membantu menurunkan tekanan darah pada preeklampsia berat

Hasil penelitian Nahira & Sumarni(2023) tentang penyuluhan rendam kaki menggunakan air hangat sebagai upaya menurunkan tekanan darah pada ibu hamil dengan hipertensi di puskesmas tamamaung didapatkan hasil bahwa dari jumlah sample 18 diperoleh penurunan tekanna darah

dimana nilai rerata sebelum perendaman kaki diperoleh 141 mmHg dan setelah perendaman kaki mengalami penurunan menjadi 125 mmHg.

Hasil Penelitian ini sejalan dengan peneliti yang dilakukan selama 3 hari rendam kaki air hangat berhasil menurunkan tekanan darah tinggi pada pasien preeklampsia dari tekanan darah tinggi menjadi normal. Terjadi perpindahan panas secara konduksi antara air dengan telapak kaki, efek panas dari air mampu memberikan efek vasodilatasi pembuluh darah kapiler sehingga memicu penurunan tekanan darah.. Hasil ini dapat digunakan perawat dalam melakukan intervensi mandiri nonfarmakologis rendam kaki air hangat dalam mengatasi tekanan darah tinggi pada pasien preeklampsia.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala di ruangan Kebidanan lantai 2 RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2023, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada partisipan I dan II didapatkan hasil yang sama dengan teori diantaranya, pada pasien dengan preeklampsia biasanya didapatkan keluhan utama yang berbeda-beda, diantaranya seperti tekanan darah tinggi, penglihatan kabur, merasa pusing, edema pada ekstremitas bawah. Dari dua pasien tersebut dimana terjadi peningkatan tekanan darah, edema pada ekstremitas bawah.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada partisipan I terdapat 3 diagnosa keperawatan, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Diagnosa kedua hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Diagnosa ketiga ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Pada partisipan II terdapat 3 diagnosa keperawatan, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi . Diagnosa kedua hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada partisipan I dan II yang direncanakan tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan. Pada partisipan I intervensi pertama masalah keperawatan yang dilakukan peneliti sesuaikan dengan kondisi pada pasien yang berdasarkan pada teori begitu juga pada partisipan II intervensi pertama masalah keperawatan yang dilakukan peneliti sesuai dengan kondisi pasien dengan dengan berdasarkan pada teori. Setelah dilakukan teknik non farmakologis seperti pemberian terapi rendam kaki air hangat untuk

menurunkan tekanan darah tinggi pada pasien preeklampsia, didapatkan terjadi penurunan tekanan darah pada partisipan 1 yang awalnya memiliki TD:162/89 menjadi 125/80. Sedangkan pada partisipan 2 terjadi penurunan tekanan darah yang awalnya memiliki TD : 154/95 menjadi 129/86.

4. Implementasi

Implementasi diagnosa keperawatan partisipan I dengan diagnosa yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Diagnosa kedua hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Diagnosa ketiga ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Pada partisipan II implementasi diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Diagnosa kedua hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan juga disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan terhadap partisipan I dan II dilakukan pada tanggal 17 Mei - 27 Mei 2023.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi pasien dengan masalah tekanan darah tinggi didapatkan penurunan tekanan darah setelah dilakukan teknik rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah tinggi pada pasien preeklampsia. Tekanan darah tinggi juga dipengaruhi oleh usia, partisipan I dengan usia 23 tahun, partisipan II dengan umur 40 tahun. Obesitas juga mempengaruhi tekanan darah tinggi, karena pada partisipan II mengalami obesitas.

B. Saran

1. Bagi instansi pendidikan

Karya tulis akhir ini diharapkan menjadi referensi dan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada pasien preeklampsia untuk menurunkan tekanan darah tinggi

2. Bagi rumah sakit

Karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan alternative dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai salah satu intervensi mandiri bagi perawat khususnya untuk menangani pasien preeklampsia dengan tekanan darah tinggi

3. Bagi penulis selanjutnya

Penelitian ini dapat dilanjutkan oleh peneliti lain dengan desain yang berbeda dan diharapkan dapat menjadi acuan dan data awal untuk memulai penelitian selanjutnya sebagai bahan referensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikah, Titi, Tri Budi Wahyuni Rahardjo, and Sri Widodo. 2020. "Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Kramat Jati Jakarta Timur Tahun 2019." *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia* 1(2): 115–24.
- Darah, Tekanan et al. 2023. "PIRAMIDA : Jurnal Pengabdian Masyarakat COUNSELING FOOT BATHS USING WARM WATER AS AN EFFORT TO REDUCE BLOOD PRESSURE IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSION AT TAMAMAUNG HEALTH CENTER." 2: 59–63.
- Dr. Wawan Kurniawan, S.K.M.M.K.A.A.S.K.M.M.K.M. 2021. *Metodologi Penelitian Kesehatan Dan Keperawatan ; Buku Lovrinz Publishing*. LovRinz Publishing.
- FIRDAUS, M M. 2021. *METODOLOGI PENELITIAN KUANTITATIF; DILENGKAPI ANALISIS REGRESI IBM SPSS STATISTICS VERSION 26.0*. CV. DOTPLUS Publisher.
- harun et al. 2022. "Pengaruh Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pre Eklampsia Berat." 12(2): 102–13.
- Hasnawati et al. 2022. *Epidemiologi Di Berbagai Aspek*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Inayah, Maslahatul, Tri Anonim, I Kedungwuni, and Kedungwuni Ii. "Efektivitas Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Perubahan Penurunan Tekanan Darah Ibu Hamil Preeklampsia Mengetahui Kualitas Pelayanan Kesehatan Baik Pada Masa Kehamilan Maupun Masa Nifas . Meningkatnya Derajat Kesehatan Ibu Merupakan Salah Satu Tujuan." : 24–32.
- Kaimmudin, Liawati et al. 2020. "Hubungan Usia Ibu Saat Hamil Dengan Kejadian Hipertensi Di Rsu Gmim Pancaran Kasih Manado." *Jurnal Keperawatan* 6(1).
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rahim, Rika et al. 2015. "PENGARUH RENDAM KAKI AIR HANGAT TERHADAP PERUBAHAN Abstrak."
- Sabattani, Christina Febri et al. 2016. "EFEKTIVITAS RENDAM KAKI DENGAN AIR HANGAT TERHADAP." (1).

Lampiran 1 Laporan Kasus

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ibuk.N DENGAN PEB

A. Kasus 1

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Nama Pasien : Ibuk.N
No. RM : 01.17.57.xx
Umur : 23 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Muara Jaya RT 01 Kumun Debai Sungai Penuh
Tanggal masuk RS : 14 Mei 2023
Ruang rawatan : Kebidanan Lantai 2
Tanggal pengkajian : 17 Mei 2023
Diagnosa Medis : G3P0A2H0 gravid 33-34 minggu+PEB+susp
Hipertiroid

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Bapak.K
Umur : 29 Tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Muara Jaya RT 01 Kumun Debai Sungai Penuh
Hubungan : Suami

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Ny. N masuk dari IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 14 Mei 2023 pukul 12.04 WIB dengan rujukan dari RSUD M thalib kerinci. Klien masuk IGD dengan G3P0A2H0 gravid 33-34

minggu+ PEB+susp.Hipertiroid.klien mendapatkan methildopa 500mg, nifedipin 10mg.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Hasil pengkajian yang didapatkan pada tanggal 17 Mei 2023 di ruang rawat inap kebidanan lantai 2, klien merasakan gerakan anak yang ada dalam kandungannya, tidak ada nyeri kepala,tidak ada nyeri ulu hati,penglihatan kabur

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien ada riwayat hipertensi,sering tensi tinggi saat aktivitas dirumah tidak teratur tensi dan tidak ada kontrol tensi

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, Jantung maupun penyakit yang sama dengan pasien.

5) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga, istri dan anak untuk menjalani pengobatan selama sakit. Pasien juga mengatakan cara pasien dan keluarga mengatasi masalah dengan cara musyawarah bersama- sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.

d. Pengkajian Fungsional Gordon

2) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien menyadari bahwa penyakit yang diderita saat ini dikarenakan pola hidup pasien yang sering mengkonsumsi makanan bergaram, sehingga pasien patuh dalam menjalani pengobatan serta mengurangi makanan dan minuman yang menjadi pantangan dalam penyakitnya.

3) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Sehat

Pasien mengatakan makan 2 kali sehari, pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 5-6 gelas dalam sehari \pm 1.200 ml.

b) Sakit

Porsi makan pasien saat sakit sebelum dirawat di RS hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi dikarenakan pasien mengeluh mual ketika makan. Pasien mendapatkan diet Makanan Biasa 3 kali dalam sehari dan pasien minum air putih 2-3 gelas dalam sehari.

4) Pola Eliminasi

a) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK \pm 3-4 x/hari, berwarna kuning, tidak ada nyeri saat BAK. Frekuensi BAB 1x/hari, konsistensi lunak, tidak ada kesulitan BAB.

b) Sakit

Saat dirumah sakit frekuensi BAK \pm 300 PER 7 jam, warna kuning. BAB 2 hari sekali.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Sehat

Saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan orang lain.

b) Sakit

Saat sakit aktivitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga untuk toileting.

6) Pola Istirahat dan Tidur

a) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sulit tidur,

tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang 2 jam, tidur malam 5-7 jam

b) Sakit

Saat dirumah sakit pasien mengeluh tidur siang $\frac{1}{2}$ -1 jam, tidur malam 2-3 jam, Pasien merasa tidak segar saat bangun tidur, ada keluhan kesulitan tidur karena tidak nyaman ada keluhan sering terbangun, ada keluhan tidur tidak puas, istirahat tidak cukup, pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

7) Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pasien mengatakan sering merasa gelisah, badan terasa lemah dan letih.

8) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan sedikit cemas karena riwayat abortus 2 kali yang dialami kehamilan sebelumnya, masih ada kekuatan serta semangat dari orang-orang terdekat, pasien kesulitan dalam menentukan kondisi contohnya tidak mampu bekerja seperti biasanya.

9) Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran sebagai kepala keluarga selama sakit. Sebelum sakit, pasien sehari-hari bekerja sebagai petani. Pasien akan menjalani pengobatan dengan patuh untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

10) Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual dengan suaminya selama sakit.

11) Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan sedikit cemas, stress, perasaan tidak berdaya, masalah finansial

12) Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien menganut agama islam dan mengatakan ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemampuan hambanya.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keluhan utama : pasien mengeluh sesak nafas dan badan terasa lemas.

2) Pengukuran antropometri

Berat badan : 68 kg

Tinggi badan : 169 cm

IMT : 23,81 kg/m²

3) Tanda – tanda vital :

Keadaan umum : sedang

Kesadaran : compos mentis

Tekanan darah : 162/89 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,5 °C

Pernafasan : 22 x/menit

4) Kepala

Inspeksi : tidak tampak lesi atau pembengkakan, keadaan kulit kepala bersih

Palpasi : tidak teraba massa/pembengkakan

5) Mata

Inspeksi : konjungtiva tampak anemis, sklera anikterik, penglihatan kabur, reflek cahaya (+), pupil isokhor

6) Rambut

Inspeksi : rambut tampak berwarna kehitaman

Palpasi : rambut teraba lepek dan kusam

7) Hidung

Inspeksi : tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung

Palpasi : tidak teraba pembengkakan

8) Mulut

Inspeksi : mukosa mulut tampak kering, bibir tampak pucat, gigi tampak bersih.

9) Leher

Inspeksi : tampak bersih dan tidak tampak pembengkakan

Palpasi : tidak teraba pembengkakan pada kelenjar tiroid

10) Dada dan Thoraks

Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi

Palpasi : fremitus kiri dan kanan teraba sama

Perkusi : bunyi perkusi sonor

Auskultasi : terdengar vesikuler

11) Abdomen

Tinggi fundus uterus: 25 cm, setinggi pusat Kontraksi : tidak ada

Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat, Leopold II : bagian kanan

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

teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan ,Leopold IV : kepala belum masuk PAP

12) Ekstremitas

Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, edema

(+)

Palpasi : CRT > 3 detik, kulit teraba kering, akral teraba dingin, turgor kulit menurun

f. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 19 Mei 2023

Jenis pemeriksaan	Ibu. N	Nilai normal	Satuan
	Tanggal 19/05/2023		
Hemoglobin	10,7	12,0-14,0	g/dL
Leukosit	16,00	5,0-10,0	10 ³ /mm ³
Hematocrit	31	37,0-43,0	%
Trombosit	288	150-400	10 ³ /mm ³
MCV	76	82.0-92,0	fL
MCH	28	27,0-31,0	Pg
MCHC	35	32,0-36,0	%
RDW CV	14,9	11,5-14,5	%
Ureum darah	30	10-50	mg/dL
Kreatinin darah	0,4	0,6-1,2	mg/Dl
Albumin	2,9	3,8-5,0	g/dL

g. Program Pengobatan

Terapi pengobatan yang didapatkan klien yaitu melalui IV : ivfd RL: drip mgso4 dosis maintenance, ivfd RL 20 tpm, metildopa 500 mg, nifedipin 10 mg.

2. Analisa Data

<p>Diagnosa 1 :</p> <p>Risiko Perfusi tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 3, Tidak pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Turgor kulit menurun2) Konjungtiva anemis3) TD:162/89 mmHg4) N: 106x/menit,5) S: 36,8°C6) RR: 22x/menit7) Edema pada ekstermitas bawah8) Hb : 10,7 g/dl
<p>Diagnosa 2 :</p>

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

DS :

Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum

MRS

DO :

Terdapat edema pada

- 1) ekstermitas
- 2) Albumin : 2,9 gr/dl
- 3) Hb : 10.7 g/dl,
- 5) Tekanan darah : 162/89 mmHg

Diagnosa 3 :

Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

DS :

Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan pasien memiliki riwayat keguguran pada kehamilan sebelumnya

DO :

- 1) Tampak gelisah
- 2) Sulit tidur pada malam hari
- 3) Respirasi 20 x/menit
- 4) Nadi 106 x/menit
- 5) TD : 162/89 mmHg

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- b. Hipervolemia erhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- c. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional

4. Rencana Keperawatan

a. risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil sakit kepala menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik menurun, tekanan darah diastolik menurun

SIKI : pemantauan tanda vital: monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu tubuh, monitor tekanan nadi.

b.hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan

keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : Asupan cairan meningkat, Output urine meningkat, Membran mukosa lembab meningkat, Dehidrasi menurun, Konfusi menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi nadi membaik, Turgor kulit membaik

SIKI : manajemen hipervolemia : Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat), Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP), Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit), Batasi asupan cairan dan garam, Kolaborasi pemberian diuretik, Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik

c. ansietas berhubungan dengan krisis situasional

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil : Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun. Perilaku gelisah menurun, Pucat menurun, Pola tidur membaik, Frekuensi pernafasan membaik, Nadi membaik, Tekanan darah membaik.

SIKI : reduksi ansietas : Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, Monitor tanda-tanda ansietas, Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Pahami situasi yang menyebabkan ansietas, Dengarkan dengan penuh perhatian, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit, Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, Latih teknik relaksasi, Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Senin/29 Mei 2023	12.15 WIB	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan - Memonitor tekanan darah,suhu tubuh,nadi (TD : 162/89mmHg ,HR: 93x/menit N: 106x/menit, RR : 22x/menit,S:36.5 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala</p> <p>O = TD: 160/88mmHg , ,S: 36,5,RR: 21x/menit ,HR:92x/menit</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	
	12.45 WIB	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (RR pasien = 22 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 162/89 mmHg, HR = 93 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi - Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam (pasien) - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan <p>Berkolaborasi pemberian diuretik Melakukan terapi rendam kaki air hangat</p>	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR = 92 x/menit - Warna kulit tampak pucat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik - Udem ekstremitas bawah masih bengkak <p>A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	

	13.40 WIB	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman (memberikan posisi yang nyaman bagi pasien) - Memonitor secara berkala keadaan cemas - Memonitor adanya indikator tidak rileks (menanyakan pasien mengenai hal-hal yang menyebabkan pasien cemas) - Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi (mengatur suhu ruangan yang sejuk, menganjurkan keluarga pasien di ruangan untuk melambatkan suara ketika berbicara) - Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman (mengatur posisi fowler pada pasien) - Menghentikan sesi relaksasi secara bertahap (mengajak pasien untuk berbincang) - Memberi waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi (pasien mengatakan lebih rileks dan sesak nafasnya berkurang) - Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit (pasien menggunakan baju kaos) 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa cemas</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tidak gelisah - RR = 22 x/menit - HR = 93 x/menit - TD = 142/87 mmHg - Pola berkemih pasien membaik <p>A = Masalah ansietas teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	
Selasa/30 Mei 2023	10.20 WIB	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan - Memonitor tekanan darah,suhu tubuh,nadi (<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala</p> <p>O = TD: 147/88mmHg , ,S: 36,5,RR: 21x/menit ,HR:89x/menit</p>	

		hipertensi	TD : 156/85mmHg ,HR: 91x/menit N: 102x/menit, RR : 21x/menit,S:36.4	A = Masalah teratasi sebagian P = intervensi dilanjutkan	
11.50 WIB	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (RR pasien = 22 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 154/88 mmHg, HR = 89 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi - Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam (pasien) - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan <p>Berkolaborasi pemberian diuretik Mengajarkan terapi rendam kaki air hangat</p>	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR = 89 x/menit - Warna kulit tampak pucat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik - Udem ekstremitas bawah berkurang <p>A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>		
13.10 WIB	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman (memberikan posisi yang nyaman bagi pasien) - Memonitor secara berkala keadaan cemas - Memonitor adanya indikator tidak rileks (menanyakan pasien mengenai hal-hal yang menyebabkan pasien cemas) - Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi (mengatur suhu 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan cemasnya mulai berkurang</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tidak gelisah - RR = 18 x/menit - HR = 86 x/menit - TD = 132/82 mmHg 		

			<p>ruangan yang sejuk, menganjurkan keluarga pasien di ruangan untuk melambatkan suara ketika berbicara)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman (mengatur posisi fowler pada pasien) - Menghentikan sesi relaksasi secara bertahap (mengajak pasien untuk berbincang) - Memberi waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi (pasien mengatakan lebih rileks dan sesak nafasnya berkurang) <p>Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit (pasien menggunakan baju kaos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pola berkemih pasien membaik <p>A = Masalah ansietas teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	
Rabu/31 Mei 2023	08.40 WIB	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan <p>Memonitor tekanan darah,suhu tubuh,nadi (TD : 136/88mmHg ,HR: 85x/menit N: 98x/menit, RR : 21x/menit,S:36.6</p>	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala</p> <p>O = TD: 125/80mmHg , ,S: 36,5,RR: 20x/menit ,HR:84x/menit</p> <p>A = Masalah teratasi</p> <p>P = intervensi dilanjutkan oleh pasien dan keluarga</p>	

	11.30 WIB	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia (RR pasien = 20 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 134/85 mmHg, HR = 85 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi - Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam pasien - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan - Berkolaborasi pemberian diuretik - Mengajarkan terapi rendam kaki air hangat 	Jam Evaluasi = 14.30 WIB S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih O = <ul style="list-style-type: none"> - HR = 84 x/menit - Warna kulit tampak pucat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian P = intervensi dilanjutkan di ruangan	
	12.15 WIB	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman (memberikan posisi yang nyaman bagi pasien) - Memonitor secara berkala keadaan cemas - Memonitor adanya indikator tidak rileks (menanyakan pasien mengenai hal-hal yang menyebabkan pasien cemas) - Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi (mengatur suhu ruangan yang sejuk, menganjurkan keluarga pasien di ruangan untuk melambatkan suara ketika berbicara) - Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman (mengatur posisi fowler pada pasien) - Menghentikan sesi relaksasi secara 	Jam Evaluasi = 14.30 WIB S = Pasien mengatakan cemasnya mulai berkurang O = <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tidak gelisah - RR = 18 x/menit - HR = 76 x/menit - TD = 132/78 mmHg - Pola berkemih pasien membaik A = Masalah ansietas teratasi sebagian P = intervensi dilanjutkan	

			<p>bertahap (mengajak pasien untuk berbincang)</p> <ul style="list-style-type: none">- Memberi waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi (pasien mengatakan lebih rileks dan sesak nafasnya berkurang) <p>Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit (pasien menggunakan baju kaos)</p>		
--	--	--	--	--	--

Lampiran 2 Laporan Kasus

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ibuk.M DENGAN PEB

B. Kasus 1

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Nama Pasien : Ibuk.M
No. RM : 01.17.43.xx
Umur : 40 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Pasaman Timur
Tanggal masuk RS : 20 Mei 2023
Ruang rawatan : Kebidanan Lantai 2
Tanggal pengkajian : 23 Mei 2023
Diagnosa Medis : G3P4A1H2 gravid aterm 37-38 minggu+PEB

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Bapak.A
Umur : 45 Tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Pasaman Timur
Hubungan : Suami

c. Riwayat Kesehatan

2) Keluhan Utama

Ny. M masuk dari IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 20 Mei 2023 pukul 06.59 WIB rujukan dari RSAM bukittinggi. Klien masuk IGD dengan G5P4A1H2 gravid aterm 37-38 minggu+ plasenta previa marginalis susp.akreta +PEB dalam regimen mgso4 dosis. Pada saat di IGD klien rapid antigen.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Hasil pengkajian yang didapatkan pada tanggal 23 Mei 2023 di ruang rawat kebidanan lantai 2, klien mengeluh keluar flek dari kemaluan gerak anak aktif, bekas sc 3x, tidak ada keluar darah.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien ada riwayat hipertensi, sering tensi tinggi saat aktivitas dirumah tidak teratur tensi dan tidak ada kontrol tensi

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, Jantung maupun penyakit yang sama dengan pasien.

6) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga, istri dan anak untuk menjalani pengobatan selama sakit. Pasien juga mengatakan cara pasien dan keluarga mengatasi masalah dengan cara musyawarah bersama-sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.

d. Pengkajian Fungsional Gordon

1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien menyadari bahwa penyakit yang diderita saat ini dikarenakan pola hidup pasien yang sering mengonsumsi makanan bergaram, sehingga pasien patuh dalam menjalani pengobatan serta mengurangi makanan dan minuman yang menjadi pantangan dalam penyakitnya.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Sehat

Pasien mengatakan makan 2 kali sehari, pasien mengonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 5-6 gelas dalam sehari \pm 1.200 ml.

Sakit

Porsi makan pasien saat sakit sebelum dirawat di RS hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi dikarenakan pasien mengeluh mual ketika makan. Pasien mendapatkan diet Makanan Biasa 3 kali dalam sehari dan pasien minum air putih 2-3 gelas dalam sehari.

3) Pola Eliminasi

Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK $\pm 3-4$ x/hari, berwarna kuning, tidak ada nyeri saat BAK. Frekuensi BAB 1x/hari, konsistensi lunak, tidak ada kesulitan BAB.

Sakit

Saat dirumah sakit frekuensi BAK ± 300 PER 7 jam, warna kuning. BAB 2 hari sekali.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Sehat

Saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan orang lain.

Sakit

Saat sakit aktivitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga untuk toileting.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sulit tidur, tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang 2 jam, tidur malam 5-7 jam

Sakit

Saat dirumah sakit pasien mengeluh tidur siang $\frac{1}{2}$ -1 jam, tidur malam 2-3 jam, Pasien merasa tidak segar saat bangun tidur, ada keluhan kesulitan tidur karena

tidak nyaman ada keluhan sering terbangun, ada keluhan tidur tidak puas, istirahat tidak cukup, pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

f. Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pasien mengatakan sering merasa gelisah, badan terasa lemah dan letih.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan sedikit cemas karena riwayat abortus 2 kali yang dialami kehamilan sebelumnya, masih ada kekuatan serta semangat dari orang-orang terdekat, pasien kesulitan dalam menentukan kondisi contohnya tidak mampu bekerja seperti biasanya.

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran sebagai kepala keluarga selama sakit. Sebelum sakit, pasien sehari-hari bekerja sebagai petani. Pasien akan menjalani pengobatan dengan patuh untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual dengan suaminya selama sakit.

j. Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan sedikit cemas, stress, perasaan tidak berdaya, masalah finansial

k. Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien menganut agama islam dan mengatakan ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemampuan hambanya.

c) Pemeriksaan Fisik

1. Keluhan utama : pasien mengeluh sesak nafas dan badan terasa lemas.

2. Pengukuran antropometri

Berat badan : 76 kg

Tinggi badan : 167 cm

IMT : 23,75 kg/m²

3. Tanda – tanda vital :

Keadaan umum : sedang

Kesadaran : compos mentis

Tekanan darah : 154/95 mmHg

Nadi : 82 x/menit

Suhu : 36,5 °C

Pernafasan : 21 x/menit

4. Kepala

Inspeksi : tidak tampak lesi atau pembengkakan, keadaan kulit kepala bersih

Palpasi : tidak teraba massa/pembengkakan

5. Mata

Inspeksi : konjungtiva tampak anemis, sklera anikterik, penglihatan kabur, reflek cahaya (+), pupil isokhor

6. Rambut

Inspeksi : rambut tampak berwarna kehitaman

Palpasi : rambut teraba lepek dan kusam

7. Hidung

Inspeksi : tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung

Palpasi : tidak teraba pembengkakan

8. Mulut

Inspeksi : mukosa mulut tampak kering, bibir tampak pucat, gigi tampak bersih.

9. Leher

Inspeksi : tampak bersih dan tidak tampak pembengkakan

Palpasi : tidak teraba pembengkakan pada kelenjar tiroid

10. Dada dan Thoraks

- Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi
- Palpasi : fremitus kiri dan kanan teraba sama
- Perkusi : bunyi perkusi sonor
- Auskultasi : terdengar vesikuler

11. Abdomen

Tinggi fundus uterus: 26 cm, setinggi pusat Kontraksi : tidak ada Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat, Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melentting (kepala) Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan ,Leopold IV : kepala belum masuk PAP,DJJ:150-160

12. Ekstremitas

- Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, edema (+)
- Palpasi : CRT > 3 detik, kulit teraba kering, akral teraba dingin, turgor kulit menurun

d) Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 19 Mei 2023

Jenis pemeriksaan	Ibu. M	Nilai normal	Satuan
	Tanggal 19/05/2023		
Hemoglobin	12,5	12,0-14,0	g/dL
Leukosit	9,34	5,0-10,0	$10^3/\text{mm}^3$
Hematocrit	37	37,0-43,0	%
Trombosit	440	150-400	$10^3/\text{mm}^3$
MCV	83	82,0-92,0	fL
MCH	28	27,0-31,0	Pg
MCHC	34	32,0-36,0	%
RDW CV	13,2	11,5-14,5	%

Ureum darah	30	13	10-50	mg/dL
Kreatinin darah	0,4	0,5	0,6-1,2	mg/Dl
Albumin	2,9	3,2	3,8-5,0	g/dL

e) Program Pengobatan

Terapi pengobatan yang didapatkan klien yaitu melalui IV : ivfd RL: drip mgso4 dosis maintainance, ivfd RL 20 tpm, metildopa 500 mg, nifedipin 10 mg.

f) Analisa Data

<p>Diagnosa 1 :</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 3, pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Turgor kulit menurun 2) Konjungtiva anemis 3) TD:154/95 mmHg 4) N: 106x/menit, 5) S: 36,8°C 6) RR: 21x/menit 7) Edema pada ekstermitas bawah 8) Hb : 12,5 g/dl
<p>Diagnosa 2 :</p> <p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum</p> <p>MRS</p> <p>DO :</p> <p>Terdapat edema pada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ekstermitas 2) Hb : 12,5 g/dl 3) Tekanan darah : 154/95 mmHg
<p>Diagnosa 3 :</p> <p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p>

DO :

- 1) TD : 154/95 mmHg
- 2) Akral dingin basah pucat

g) Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
- b. Hipervolemia erhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

h) Rencana Keperawatan

a. risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil sakit kepala menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik menurun, tekanan darah diastolik menurun

SIKI : pemantauan tanda vital: monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu tubuh, monitor tekanan nadi.

b. hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : Asupan cairan meningkat, Output urine meningkat, Membran mukosa lembab meningkat, Dehidrasi menurun, Konfusi menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi nadi membaik, Turgor kulit membaik

SIKI : manajemen hipervolemia : Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat), Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP), Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit), Batasi asupan cairan dan garam, Kolaborasi pemberian diuretik, Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik

c. intoleransi aktifitas b/d kelemahan

SLKI : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil : Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, Keluhan lelah menurun, Sianosis menurun, Frekuensi nadi membaik, Warna kulit membaik, Frekuensi nafas membaik, Tekanan darah membaik

SIKI : manajemen energi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

i) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Senin/29 Mei 2023	12.15 WIB	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan - Memonitor tekanan darah, suhu tubuh, nadi (TD : 154/95mmHg ,HR: 93x/menit N: 106x/menit, RR : 22x/menit,S:36.5 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala</p> <p>O = TD: 154/95mmHg , ,S: 36,5,RR: 21x/menit ,HR:92x/menit</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	
	12.45 WIB	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (RR pasien = 22 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 162/89 mmHg, HR = 93 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi - Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam (pasien) - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan <p>Berkolaborasi pemberian diuretik Mengajarkan terapi rendam kaki air hangat</p>	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR = 92 x/menit - Warna kulit tampak pucat - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik - Udem ekstremitas bawah bengkak salah satu kaki <p>A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	
	13.40 WIB	Intoleransi aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kemampuan pasien dalam beraktivitas klien masih dibantu aktifitasnya 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = pasien mengatakan</p>	

		berhubungan dengan kelemahan	<p>oleh perawat dan keluarga)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji respon pasien terhadap aktifitas.(klien mengatakan mudah lelah apabila melakukan aktivitas. - Mengajarkan teknik penghematan energi (pasien memahami penghematan energi dengan cara diantu oleh keluarga) - Memerikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitasnya secara bertahap (pasien masih mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri 	<p>belum bisa beraktivitas</p> <p>Pasien mengatakan masih lemas</p> <p>O = pasien masih nampak lemah</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	
Selasa/30 Mei 2023	10.20 WIB	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan <p>Memonitor tekanan darah,suhu tubuh,nadi (TD : 156/85mmHg ,HR: 91x/menit N: 102x/menit, RR : 21x/menit,S:36.4</p>	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala</p> <p>O = TD: 147/88mmHg , ,S: 36,5,RR:21x/menit ,HR:89x/menit</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	

	11.50 WIB	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia (RR pasien = 22 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 154/88 mmHg, HR = 89 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi - Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam (pasien) - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan <p>Berkolaborasi pemberian diuretik Mengajarkan terapi rendam kaki air hangat</p>	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR = 89 x/menit - Warna kulit tampak pucat - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik - Udem ekstremitas bawah mulai berkurang <p>A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	
	13.10 WIB	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kemampuan pasien dalam beraktivitas klien masih dibantu aktifitasnya oleh perawat dan keluarga) - Mengkaji respon pasien terhadap aktifitas.(klien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas ringan). - Mengajarkan teknik penghematan energi (pasien memahami penghematan energi dengan cara diantu oleh keluarga) - Memerikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitasnya secara bertahap (pasien masih mampu melakukan aktivitas ringannya secara bertahap 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = pasien mengatakan bisa beraktivitas ringan secara bertahap</p> <p>O = pasien masih nampak lemah</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan</p>	

Rabu/31 Mei 2023	08.40 WIB	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi peningkatan intrakranial - Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK. - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan <p>Memonitor tekanan darah,suhu tubuh,nadi (TD : 136/88mmHg ,HR: 85x/menit N: 98x/menit, RR : 21x/menit,S:36.6</p>	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala</p> <p>O = TD: 129/86mmHg , ,S: 36,5,RR: 20x/menit ,HR:84x/menit</p> <p>A = Masalah teratasi</p> <p>P = intervensi dilanjutkan oleh pasien dan keluarga</p>	
	11.30 WIB	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (RR pasien = 20 x/menit, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah) - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (TD = 134/85 mmHg, HR = 85 x/menit) - Memonitor tanda hemokonsentrasi Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Membatasi asupan cairan dan garam pasien - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara membatasi cairan Berkolaborasi pemberian diuretik Mengajarkan terapi rendam kaki air hangat 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = Pasien mengatakan masih merasa lemah dan letih</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR = 84 x/menit - Warna kulit tampak pucat - Akral teraba dingin - Turgor kulit belum membaik - Udem ekstremitas bawah berkurang <p>A = Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan di ruangan</p>	
	12.15 WIB	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kemampuan pasien dalam beraktiftas klien masih dibantu aktifitasnya oleh perawat dan keluarga) - Mengkaji respon pasien terhadap aktifitas.(klien mengatakan sudah dapat 	<p>Jam Evaluasi = 14.30 WIB</p> <p>S = pasien mengatakan bisa beraktivitas ringan secara bertahap</p> <p>O = pasien masih nampak</p>	

		<p>kelemahan</p>	<p>melakukan aktivitas ringan).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik penghematan energi (pasien memahami penghematan energi dengan cara diantu oleh keluarga) - Memerikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitasnya secara bertahap (pasien masih mampu melakukan aktivitas ringannya secara bertahap 	<p>lemah sudah berkurang</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = intervensi dilanjutkan di ruangan</p>	
--	--	-------------------------	---	--	--