
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. U G1P0A0 DENGAN
KOMPLIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI RUANG KENARI
RSD. KALISAT JEMBER**

Oleh:

Mimin Fajrotus Sahbiyah (1601021012)

(Program Studi Diploma III Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jember)

E-mail: miminfajrotus123@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Menurut Rukiyah (2009), *Intranatal* merupakan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari perut ibu, pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa adanya komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Berdasarkan data dari RSD. Kalisat Jember jumlah ibu *inpartu* dengan komplikasi preeklampsia pada tahun 2017 ialah, preeklampsia ringan sebanyak 105 orang, preeklampsia berat sebanyak 88 orang, pada tahun 2018 preeklampsia ringan sebanyak 238 orang dan preeklampsia berat sebanyak 109 orang, sedangkan pada tahun 2019 dari bulan Januari sampai bulan April jumlah ibu *inpartu* dengan preeklampsia ringan sebanyak 99 orang dan ibu *inpartu* dengan preeklampsia berat sebanyak 30 orang.

Tujuan: Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu *inpartu* dengan komplikasi preeklampsia berat yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Hasil: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam pada Ny. U ditemukan diagnosa prioritas, diagnosa yang pertama yaitu: nyeri persalinan, kedua resiko tinggi foetal distress pada janin, ketiga ansietas, diagnosa keempat kelelahan. Diagnosa keperawatan dapat teratasi setelah ibu melahirkan.

Kesimpulan: Setelah penulis melakukan pembahasan mengenai pengkajian pada Ny. U *inpartu* primigravida dengan komplikasi preeklampsia berat di Ruang Kenari RSD.

Kalisat Jember, pada tanggal 13 april 2019 dan setelah penulis melakukan pengambilan data, maka penulis mengambil kesimpulan dan memberikan saran yang bermanfaat untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Kata kunci: inpartu dengan komplikasi preeklamsi berat (PEB) ialah kehamilan yang disertai dengan penyakit hipertensi pada ibu dengan usia kehamilan 20 minggu atau lebih.



**NURSING CARE IN NY. U G1P0A0 WITH COMPLICATIONS OF
HEAVY PREEKLAMPSIA (PEB) IN RSD. KENARI ROOM. JEMBER
KALISAT.**

By:

Mimin Fajrotus Sahbiyah (1601021012)

(Diploma III Nursing Study Program, Universitas Of Muhammadiyah Jember)

E-mail: miminfajrotus123@gmail.com

ABSTRACT

Baground:According to Rukiyah (2009). Intranatal is a series of events that end with the removal of term infants, followed by removal of the placenta and fetal membranes from the mother's abdomen, expenditure of the results of conception that occurs in term pregnancy (37-42 weeks), spontaneous births with a percentage of the back of the head that lasts no more than 18 hours without complications for both the mother and fetus. Based on data from RSD. Kalisat Jember the number of mother in labor with complications of preeclamsia in 2017 is, mild preeclampsia as many as 105 people, severe preeclampsia is 88 people, in 2018 mild preeclampsia is 238 people and severe preeclampsia is 109 people, while in 2019 from january to april the number of mothers in labor with mild preeclampsia was 99 people and those in women with severe preeclampsia were 30 people .

Objective: To be able to carry out nursing care for mothers in labor with severe preeclampsia complications which include assesment, formulation of diagnoses, inteventions, implementation and evaluation.

Results: After doing nursing care for 1 x 24 hours at Ny. U was found a priority diagnosis, the first diagnosis was: labor pain, second, high risk of fetal distres in the fetus, third anxiety, fourth diagnosis of fatigue. Nursing diagnoses can be resolved after the mother gives birth.

Conclusion: After the author conducted a discussion about the assesment in Ny.U primigravida with complications of severe preeclampsia in Canary Room RSD. Kalisat Jember, on april 13, 2019 and after the authors draw conclusions and provide useful advice to improve quality nursing care.

Keywords: Labor with severe preeclampsia (PEB) complication is pregnancy accompanied by hypertension in women with 20 weeks of gestation or more.



PENDAHULUAN

Intranatal merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi atau pengeluaran bayi yang cukup bulan atau mendekati cukup bulan yang dapat hidup diluar kandungan, dan disusul dengan pengeluaran plasenta baik secara spontan maupun dengan bantuan (Rahmawati, 2017). Menurut Rukiyah (2009), *Intranatal* merupakan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari perut ibu, pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa adanya komplikasi baik bagi ibu maupun janin. *Intranatal* disebabkan karena ada faktor hormon, struktur rahim, dan tekanan pada syaraf dan nutrisi (Nugroho, 2012).

METODE PENELITIAN

pada karya tulis ilmiah ini dilakukan metode penelitian dengan cara pendekatan proses keperawatan yaitu, serangkaian tindakan yang sistematis, beraturan, berkelanjutan/berkesinambungan untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Sasaran asuhan yang diberikan dapat dilakukan pada individu atau kelompok, masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan ialah sedang terjadi, atau berisiko terjadi, maupun masalah yang positif. Asuhan dapat berupa promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Rohani & Reni, 2011).

KONSEP MEDIS

1. Definisi

a. Inpartu

Rahmawati (2017)

mengatakan, *inpartu* ialah suatu proses pengeluaran

hasil konsepsi atau pengeluaran bayi yang

cukup bulan atau mendekati cukup bulan yang dapat hidup diluar kandungan, yang disusul dengan pengeluaran plasenta baik secara spontan maupun dengan bantuan.

b. Preeklampsia

Sukarni & wahyu (2013) mengatakan, sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang mengalami hipertensi, edema dan protein uria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, gejala muncul setelah kehamilan berusia 28 minggu atau lebih.

2. Etiologi

Penyebab preeklampsia ialah bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa.

Bertambahnya frekuensi yang semakin tuanya kehamilan. Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus. Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma. Kelainan ini sering dikenal sebagai *the diseases of theory*. Teori-teori tersebut ialah peran Prostaksiklin dan Tromboksan (Sukarni & Wahyu, 2013).

3. Patofisiologi

Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus, merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uteru.

4. Manifestasi klinik

Tanda-tanda preeklampsia yaitu, penambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan proteinuria. Pada preeklampsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif. Pada preeklampsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual atau muntah. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan * petunjuk bahwa eklampsia akan timbul (Sukarni & Wahyu, 2013).

5. Klasifikasi

- a. Preeklampsia ringan
- b. Preeklampsia berat

A. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Suatu proses kolaborasi yang melibatkan perawat, ibu dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan pemeriksaan fisik (Mitayani, 2012). Pengkajian yang dilakukan terhadap ibu dengan preeklampsia ialah sebagai berikut (Mitayani, 2012):

- a. Riwayat kesehatan
Preeklampsia sering terjadi pada primigravida, yaitu usia < 20 tahun atau > 35 tahun.

- 1) Keluhan utama:
klien dengan preeklampsia sering mengeluh demam dan sakit kepala.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang: terjadi peningkatan

- tekanan darah, oedema pada ekstremitas, pusing, nyeri epigastrium, mual muntah, penglihatan kabur.
- 3) Riwayat kesehatan dahulu: klien memiliki riwayat penyakit ginjal, anemia, vaskular esensial, hipertensi kronik dan diabetes melitus.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga: kemungkinan mempunyai riwayat preeklampsia dan eklampsia dalam keluarga.
- 5) Riwayat kehamilan: klien memiliki riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta riwayat kehamilan dengan preeklampsia atau eklampsia sebelumnya.
- 6) Pola nutrisi: jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan.
- 7) Psikososial spiritual: emosi yang tidak stabil menyebabkan kecemasan, oleh karena perlu kesiapan moril untuk menghadapi resikonya.
- b. Riwayat kehamilan
- Riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta riwayat kehamilan dengan eklampsia sebelumnya.
- 1) Riwayat penggunaan kontrasepsi
- Perlu ditanyakan pada klien, apakah pernah atau tidak mengikuti kontrasepsi jika klien pernah mengikuti

kontrasepsi maka yang ditanyakan adalah jenis kontrasepsi, efek samping, alasan pemberhentian kontrasepsi (bila tidak memakai kembali) serta lamanya penggunaan kontrasepsi.

2) Pola aktivitas sehari-hari

Pada klien preeklampsia biasanya terjadi gejala kelemahan, penambahan berat badan atau penurunan berat badan, dan ditandai dengan pembengkakan pada bagian ekstremitas dan wajah.

c. Pola eliminasi

Pada klien dengan preeklampsia sering ditemukan gejala proteinuria + ≥ 5 g/24

jam atau ≥ 3 pada tes celup, oliguria.

d. Pola nutrisi

Pada klien dengan preeklampsia sering terjadi peningkatan berat badan atau penurunan berat badan, dan terkadang nyeri pada epigastrium.

e. Neurosensori

Pada klien dengan preeklampsia sering mengalami hipertensi, terkadang terjadi kejang atau koma.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum: baik, cukup, lemah.

a) Kesadaran:

compos mentis (eye: 4, verbal: 5, motorik: 6).

b) Kepala sampai

leher: pada klien dengan preeklampsia terkadang terjadi oedem pada bagian

wajah, pada
leher terkadang
terdapat
pembesaran
vena jugularis.

c) Pemeriksaan
dada: dikaji
apakah
terdapat lesi,
jejas, masa
abnormal, dan
nyeri tekan
pada payudara.

d) Pemeriksaan
sistem
pernafasan.
Pada klien
dengan
preeklampsia
biasanya
pernafasan
kurang dari 16
x/menit, klien
mengalami
sesak setelah
melakukan
aktivitas, dan
terdapat suara
nafas
tambahan.

e) Pemeriksaan
sistem
cardiovaskular.

(1) Inspeksi:
terdapat
sianosis,
kulit pucat.

(2) Palpasi:
biasanya
terjadi
peningkata
n tekanan
darah, nadi
meningkat
atau
menurun.

(3) Auskultasi:
untuk
mendengar
kan irama
jantung.

(4) Perkusi:
untuk
mengetahui
apakah ada
kelainan
pada
resonasi
jantung.

f) Pemeriksaan
ekstremitas:
pada klien

dengan preeklampsia sering terdapat oedem pada ekstremitas akibat gangguan filtrasi glomerulus yang meretensi garam dan natrium.

g) Pemeriksaan sistem persyarafan: pada klien dengan preeklampsia kadang terjadi hiperfleksi, dan klonus pada kaki.

h) Pemeriksaan abdomen: pada klien intranatal abdomen membesar sesuai usia kehamilan, apakah adanya sikatrik bekas operasi atau

tidak. Pada pemeriksaan dengan cara palpasi maka akan ditemukan hasil:

(1) Leopold I: teraba fundus uteri 3 jari dibawah procecus xyphoideus, teraba massa lebar, lunak noduler.

(2) Leopold II: teraba tahanan terbesar di sebelah kiri, bagian-bagian kecil janin disebelah kanan. Pada pemeriksaan ini

berfungsi
untuk
mendengar
kan detak
jantung
janin, nilai
normal

detak
jantung
janin ialah
142 kali
dan
terdengar
regular.

(3) Leopold
III: teraba
masa keras.

(4) Leopold
IV: pada
bagian
terbawah
janin telah
masuk
pintu atas
panggul.

i) Pemeriksaan
genitalia: pada
pasien dengan
preeklamsi
perlu diketahui
apakah ada
pengeluaran

cairan
pervaginam
berupa lendir
bercampur
darah.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri persalinan yang berhubungan dengan dilatasi serviks, ekspulsi fetal (kala I).
- b. Risiko tinggi foetal distress janin yang berhubungan dengan perubahan pada plasenta (kala I/kala II).
- c. Ketidakefektifan pola nafas yang berhubungan dengan ansietas, keletihan, nyeri, keletihan otot pernafasan (kala II).
- d. Risiko defisien volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kehilangan cairan

hebat melalui rute normal, kehilangan cairan melalui rute abnormal (kala III).

e. Ansietas yang berhubungan dengan ancaman pada status terkini, krisis situasi (kala I/II/III/IV).

f. Kelelahan yang berhubungan dengan ansietas, peningkatan kelelahan fisik, kurang tidur, stresor (kala IV)

3) Atur posisi pasien semi fowler.

4) Kolaborasi pemberian oksigen sesuai indikasi.

b. Risiko defisien volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kehilangan cairan hebat melalui rute normal..

Intervensi:

1) Observasi input dan output.

2) Jelaskan tujuan pembatasan cairan pada pasien.

3) Kolaborasi pemberian deuretik, contoh : furosemid (lazix), asam etakrinik (edecrin) sesuai dengan indikasi.

3. Intervensi Keperawatan

a. Pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan Oksigen.

Intervensi:

1) Kaji frekuensi pernafasan dan kedalaman

2) Auskultasi bunyi nafas.

c. risiko tinggi foetal distres janin yang berhubungan dengan perubahan pada plasenta.

Intervensi:

- 1) Monitor Denyut Jantung Janin sesuai indikasi.
 - 2) Kaji tentang pertumbuhan janin
 - 3) Jelaskan adanya tanda-tanda solutio plasenta (nyeri perut, perdarahan, rahim tegang, aktifitas janin turun).
 - 4) Kaji respon janin pada ibu yang diberi obat anti kejang.
 - 5) Kolaborasi dengan medis dalam pemeriksaan *Ultrasono Graphy* (USG) dan *Nonstress Test* (NST).
- d. Nyeri persalinan berhubungan dengan dilatasi serviks, ekspulsi fetal.
- Intervensi:
- 1) Kaji tingkat intensitas nyeri pasien.
 - 2) Jelaskan penyebab nyerinya.
 - 3) Ajarkan ibu mengantisipasi nyeri dengan nafas dalam bila HIS timbul.
 - 4) Bantu ibu dengan mengusap/massage pada bagian yang nyeri.
- e. Gangguan psikologis (cemas) berhubungan dengan koping yang tidak efektif terhadap proses persalinan.
- Intervensi:
- 1) Kaji tingkat kecemasan ibu
 - 2) Jelaskan mekanisme proses persalinan.
 - 3) Kaji dan tingkatkan mekanisme koping ibu yang efektif.
 - 4) Beri support system pada ibu.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Mitayani (2009), setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya dilakukan tindakan keperawatan yang nyata untuk

mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah pada klien.

5. Evaluasi

Menurut Mitayani (2012), evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, di mana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri pasien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi.

