

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Pre eklamsia Ringan

2.1.1 Pengertian

Pre eklamsia adalah penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke 3 pada kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya misalnya pada mola hidatidosa (Prawirohardjo, 2008).

Pre eklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur 20 minggu atau segera setelah kehamilan (Rukiyah, 2010).

2.1.2 Etiologi

Penyebab pre eklamsia sampai sekarang belum diketahui. Telah terdapat banyak teori yang mencoba menerangkan sebab-musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang memberi jawaban yang memuaskan. Teori yang dapat diterima harus dapat menerangkan hal – hal berikut (Prawirohardjo, 2008) :

1. Bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan mola hidatidosa.
2. Bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan.
3. Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus.
4. Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma

2.1.3 Patofisiologi

Perubahan pokok yang didapatkan pada pre-eklamsia adalah spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Dengan biopsy ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus lumen arterida sedemikian sempitnya sehingga dapat dilalui oleh suatu sel darah merah. Bila dianggap bahwa spasmus arteola juga ditemukan dalam tubuh, maka mudah dimengerti bahwa tekanan darah yang meningkat merupakan usaha mengatasi kenaikan tahanan perifer, agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi (Prawirohardjo, 2008).

Sedangkan kenaikan berat badan dan edema disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan intersisial belum diketahui sebabnya. Telah diketahui bahwa pada pre-eklamsia dijumpai kadar aldosteron yang rendah dan konsentrasi prolaktin yang tinggi daripada kehamilan normal. Aldosteron penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan natrium. Pada pre-eklamsia permeabilitas pembuluh darah terhadap protein meningkat (Prawirohardjo, 2008).

1. Perubahan pada plasenta dan uterus

Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada hipertensi yang agak lama mengakibatkan pertumbuhan janin terganggu, pada hipertensi yang lebih pendek bisa terjadi gawat janin sampai kematian karena kekurangan oksigen. Pada pre eklamsia didapatkan kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap rangsangan, sehingga mudah terjadi partus prematurus (Prawirohardjo, 2008).

2. Perubahan pada ginjal

Spasme arteriol menyebabkan aliran darah ke ginjal menurun sehingga filtrasi glomerulus berkurang, penyerapan air dan garam tubulus tetap, terjadi retensi air dan garam, edema pada tungkai, tangan, paru dan organ lain (Manuaba, 2010).

3. Perubahan pada retina

Pada pre eklamsia tampak edema retina, spasmus setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri, jarang terlihat perdarahan atau eksudat. Spasmus arteri retina yang nyata menunjukkan pre eklamsia berat walaupun demikian, vasospasmus ringan tidak selalu menunjukkan pre eklamsia ringan. Skotoma, diplopia dan ambliopia pada penderita pre eklamsia merupakan gejala yang menunjukkan akan terjadinya eklamsia. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan aliran darah dalam pusat penglihatan di korteks serebri atau dalam retina (Prawirohardjo, 2008).

4. Perubahan pada paru – paru

Edema paru-paru merupakan sebab utama kematian penderita pre eklamsia. Komplikasi ini biasanya disebabkan oleh dekompensasi kordis kiri (Prawirohardjo, 2008).

5. Perubahan pada jantung

Perubahan degenerasi lemak dan edema, perdarahan subendokardial menimbulkan dekompensasi kordis sampai terhentinya fungsi jantung (Manuaba, 2010).

6. Perubahan pada otak

Spasme pembuluh darah arteriol otak menyebabkan anemia jaringan otak, perdarahan dan nekrosis, menimbulkan nyeri kepala yang berat (Manuaba, 2010).

7. Metabolisme Air dan Elektrolit

Jumlah air dan natrium dalam badan lebih banyak pre eklamsia daripada wanita hamil biasa atau penderita dengan pre eklamsia dengan hipertensi menahun. Penderita pre eklamsia tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh filtrasi glomerulus menurun sedangkan penyerapan kembali, tubulus tidak berubah.

Elektrolit, kristaloid dan protein dalam serum tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada pre eklamsia. Konsentrasi kalium, natrium, kalsium dan klorida dalam serum biasanya dalam batas normal. Gula darah, bikarbona dan pH pun normal (Prawirohardjo, 2008).

2.1.4 Klasifikasi

Menurut (Manuaba, 2010), pre eklamsia dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

1. Pre eklamsia Ringan
 - a. Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
 - b. Tekanan darah diastolik 90 atau kenaikan 15mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
 - c. Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu

- d. Proteinuria 0,3 g atau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 pada urine kateter atau urine aliran pertengahan
2. Pre eklamsia Berat
 - a. Bila salah satu diantara tanda atau gejala yang ditemukan pada ibu hamil, sudah dapat digolongkan pre eklamsia berat
 - b. Tekanan darah 160/110mmHg
 - c. Oliguria, urine kurang dari 400cc/24 jam
 - d. Proteinuria lebih dari 3g/liter
 - e. Keluhan subyektif : nyeri epigastrium, gangguan penglihatan, nyeri kepala, edema paru dan sianosis
 - f. Gangguan kesadaran
 - g. Pemeriksaan kadar enzim hati meningkat disertai ikterus
 - h. Perdarahan pada retina
 - i. Trombosit lebih dari 100.000/mm

2.1.5 Tanda dan gejala

Menurut (Rukiyah, 2010) tanda dan gejala dari pre eklamsia ringan yaitu :

1. Kenaikan tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih yaitu 140/90 mmHg
2. Proteinuria secara kuantitatif lebih dari 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 1(+) atau positif 2 (+2)
3. Edema pada tungkai, dinding abdomen, lumbosakral, wajah, jari dan tangan

2.1.6 Penatalaksanaan

Pada penderita pre eklamsi ringan, penanganan simptomatis dan berobat jalan dengan memberikan (manuaba, 2010) :

1. Sedative ringan (Phenobarbital 3 x 30 mg, valium 3 x 10 mg)
2. Obat penunjang (vitamin B kompleks, vitamin C atau vitamin E, zat besi)
3. Nasihat (garam dalam makanan dikurangi, lebih banyak istirahat baring ke arah punggung janin, segera datang memeriksakan diri, bila terdapat gejala sakit kepala, mata kabur, edema mendadak atau berat badan naik, pernapasan semakin sesak, nyeri pada epigastrium, kesadaran semakin berkurang, gerak janin melemah-berkurang, pengeluaran urin berkurang)
4. Jadwal pemeriksaan hamil dipercepat dan diperketat. Petunjuk untuk segera memasukkan penderita ke rumah sakit atau merujuk penderita perlu memperhatikan hal berikut :
 - a. Bila tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih
 - b. Protein dalam urine 1 plus atau lebih
 - c. Kenaikan berat badan 1,5 kg atau lebih dalam seminggu
 - d. Terdapat gejala dan keluhan subjektif

Tujuan penanganan pre eklamsia adalah mencegah terjadinya pre eklamsia berat dan eklamsia, melahirkan janin hidup dan melahirkan janin dengan trauma sekecil-kecilnya (Prawirohardjo, 2008).

2.1.7 Pencegahan

Pemeriksaan antenatal secara teratur dan teliti dapat menemukan tanda-tanda dini pre eklamsia. Walaupun timbulnya pre eklamsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pemberian penerangan

secukupnya pelaksanaan pengawasan yang baik pada wanita hamil (Prawirohardjo, 2008).

Penerangan tentang manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berbaring di tempat tidur, namun pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi dan dianjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi protein dan rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan perlu dianjurkan (Prawirohardjo, 2008).

Mengenal secara dini pre eklamsia dan segera merawat penderita tanpa memberikan diuretika dan obat antihipertensif memang merupakan kemajuan yang penting dari pemeriksaan antenatal yang baik (Prawirohardjo, 2008).

2.1.8 Komplikasi

1. Solutio Placenta

Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu hamil yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada pre eklamsi (Prawirohardjo, 2008).

2. Perdarahan otak

Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita pre eklamsia (Prawirohardjo, 2008).

3. Kelainan mata

Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung sampai seminggu. Dapat terjadi perdarahan, kadang – kadang terjadi pada retina. Hal ini merupakan tanda gawat akan terjadinya apopleksia serebri (Prawirohardjo, 2008).

4. Nekrosis hati

Nekrosis hati pada pre eklamsia merupakan akibat vasospasmus arteriol umum (Prawirohardjo, 2008).

5. Sindroma HELLP (Haemolysis Elevated Liver Enzym Low Platelet)

6. Kelainan ginjal

Kelainan ini berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitoplasma sel endothelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya.

Kelainan lain yang dapat timbul ialah anuria sampai gagal ginjal (Prawirohardjo, 2008).

7. Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin intra-uterin (Prawirohardjo, 2008).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium (Mitayani, 2011)

1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah

a. Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)

b. Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 gr%)

c. Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³)

2) Urinalis

Ditemukan protein dalam urin lebih dari 0,3 gr.liter/24 jam, kualitatif positif 1 (+1) atau positif 2 (+ 2)

3) Pemeriksaan fungsi hati

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

b. LDH (Laktat dehidrogenase) meningkat

- c. Aspartat aminotransferase (AST) > 60 u/l
- d. Serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N= 15-45 u/ml)
- e. Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOPT) meningkat (N= < 31 u/l)

4) Tes kimia darah

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

2. Radiologi (Mitayani, 2011)

1) Ultrasonografi

Ditemukannya retardasi pertumbuhan janin intrauterus. Pernapasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat dan volume cairan ketuban sedikit

2) Kardiografi

Diketahui denyut jantung bayi lemah

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pre eklamsia Ringan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan terhadap ibu pre eklamsi ringan antara lain sebagai berikut (Mitayani, 2011):

1. Identitas umum ibu.
2. Data riwayat kesehatan.
 - 1) Riwayat kesehatan sekarang.
 - a. Edema umum, kaki, jari, tangan dan wajah
 - b. Tenguk terasa berat.
 - c. Kenaikan berta badan mencapai 1 kg seminggu.
 - 2) Riwayat kesehatan dahulu.
 - a. Kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi sebelum hamil.
 - b. Kemungkinan ibu mempunyai riwayat pre eklamsia pada kehamilan terdahulu.
 - c. Biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas.
 - d. Ibu mungkin pernah menderita penyakit ginjal kronis.
 - 3) Riwayat kesehatan keluarga.

Kemungkinan mempunyai riwayat pre eklamsi dan eklamsia dalam keluarga.
 - 4) Riwayat perkawinan

Biasanya terjadi pada wanita yang menikah di bawah usia 20 tahun atau di atas 35 tahun.

3. Pemeriksaan fisik biologis (Mitayani, 2011)

- 1) Keadaan umum : lemah
- 2) Tekanan darah : 140/90 mmHg
- 3) Kepala : wajah edema
- 4) Mata : Konjungtiva sedikit anemis, edema pada retina
- 5) Ekstermitas : Edema pada kaki dan tangan juga pada jari-Jari
- 6) System persarafan : Hiper refleksia, klonus pada kaki
- 7) Genitourinaria : proteinuria kuantitatif 0,3 gr/liter/24 jam
- 8) Pemeriksaan jantung : Bunyi jantung janin tidak teratur, gerakan jantung melemah

4. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah
 - a. Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)
 - b. Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 gr%)
 - c. Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³)
- 2) Urinalis

Ditemukan protein dalam urin lebih dari 0,3 gr.liter/24 jam, kualitatif positif 1 (+1) atau positif 2 (+ 2)
- 3) Pemeriksaan fungsi hati
 - a. Bilirubin meningkat (N=< 1 mg/dl)
 - b. LDH (Laktat dehidrogenase) meningkat

- c. Aspartat aminotransferase (AST) > 60 u/l
- d. Serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N= 15-45 u/ml)
- e. Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOPT) meningkat (N= < 31 u/l)
- f. Tes kimia darah
 - Asam urat meningkat (N = 2,4-2,7 mg/dl)

4) Radiologi (Mitayani, 2011)

a. Ultrasonografi

Ditemukannya retardasi pertumbuhan janin intrauterus. Pernapasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat dan volume cairan ketuban sedikit

b. Kardiografi

Diketahui denyut jantung bayi lemah

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan pre eklamsi ringan adalah sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein plasma, penurunan tekanan osmotik koloid plasma menyertai perpindahan cairan dari kompartemen vaskular (Doengoes, 2001)
2. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus (Taufan, 2005)
3. Cemas berhubungan dengan proses persalinan (Taufan, 2005)
4. Penurunan curah jantung berhubungan dengan hipovolemi/penurunan aliran balik vena, peningkatan tahanan vascular sistemik (Doengoes, 2001)

5. Perubahan perfusi jaringan uteroplasenta berhubungan dengan hipovolemia ibu, interupsi aliran darah (vasopasme progresif dari arteri spiral) (Doengoes, 2001)
6. Resiko cedera pada janin yang berhubungan dengan tidak adekuatnya perfusi darah ke plasenta (Mitayani, 2011)

2.3.3 Perencanaan

Ada 4 tahap dalam fase perencanaan yaitu menentukan prioritas masalah keperawatan, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, merumuskan rencana tindakan keperawatan dan menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein plasma, penurunan tekanan osmotik koloid plasma menyertai perpindahan cairan dari kompartmen vaskular (Doengoes, 2001)
 - 1) Tujuan

Volume cairan kembali seimbang
 - 2) Kriteria Hasil
 - a. Klien mengungkapkan pemahaman tentang kebutuhan akan pemantauan yang ketat dari berat badan, TD, protein urin dan edema
 - b. Berpartisipasi dalam regimen terapeutik dan pemantauan sesuai indikasi
 - c. Hematokrit (Ht) dalam batas normal dan edema fisiologis tanpa adanya tanda pitting
 - d. Bebas dari tanda – tanda edema umum (mis: nyeri epigastrik, gejala – gejala serebral, dispnea, mual/muntah)

3) Rencana Tindakan

a. Timbang berat badan klien secara rutin

Rasional : Penambahan berat badan tiba-tiba menunjukkan retensi cairan. Gerakan cairan dari vaskular ke ruang interstisial mengakibatkan edema

b. Bedakan edema kehamilan yang patologis dan fisiologis. Pantau lokasi dan derajat pitting

Rasional : Adanya edema pitting (ringan 1+ sampai 2+, berat 3+ sampai 4+) pada wajah, tangan, kaki, area sakral, dinding abdomen edema yang tidak hilang setelah 12 jam tirah baring adalah bermakna

c. Perhatikan perubahan kadar Ht/Hb

Rasional : mengidentifikasi derajat

d. Observasi keadaan edema

Rasional : Keadaan edema merupakan indikator keadaan cairan dalam tubuh

e. Berikan diet rendah garam sesuai hasil kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : Diet rendah garam akan mengurangi terjadinya kelebihan cairan

f. Kaji distensi vena jugularis dan perifer

Rasional : Retensi cairan yang berlebihan bisa dimanifestasikan dengan pelebaran vena jugularis dan edema perifer

g. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian diuretik

Rasional : Diuretik dapat meningkatkan filtrasi glomerulus dan menghambat penyerapan sodium dan air dalam tubulus ginjal

2. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus (Taufan, 2005)

1) Tujuan

Klien dapat beradaptasi dengan nyeri yang timbul

2) Kriteria Hasil

- a. Klien dapat menjelaskan nyeri yang dialami
- b. Klien mengerti tanda – tanda akan melahirkan
- c. Klien dapat melakukan upaya relaksasi saat his
- d. Klien dapat beristirahat saat his tidak ada

3) Rencana Tindakan

- a. Kaji ulang adanya nyeri yang akan dialami klien

Rasional : Dapat mengetahui secara pasti bila ada sebab nyeri yang lain

- b. Jelaskan pada klien tentang sebab nyeri yang dialami (nyeri saat melahirkan)

Rasional : Dengan penjelasan klien diharapkan mengerti akan sebab-sebab nyeri yang dialami adalah fisiologis

- c. Anjurkan klien untuk melakukan manajemen nyeri dengan cara :

- a) Teknik relaksasi dan distraksi, saat terjadi kontraksi

Rasional : Dengan tehnik relaksasi akan mengurangi ketegangan otot-otot abdomen sehingga nyeri yang dialami akan berkurang, dengan tehnik distraksi maka perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan pun berkurang

- b) Berikan kompres dingin di daerah punggung

Rasional : Untuk memberikan rasa nyaman dan mengurangi ketegangan otot

- c) Berikan pijatan pada daerah bahu, leher, wajah dan punggung

Rasional : Dengan memberikan pijatan dapat meredakan ketegangan otot dan member rasa rileks serta sirkulasi darah juga menjadi lancar sehingga nyeri berkurang

- d) Terapi aroma

Rasional : Dengan menghirup aroma minyak esensial dapat mengurangi ketegangan terutama pada persalinan tahap awal

- d. Beri kesempatan klien untuk istirahat (terutama bila nyeri), lingkungan yang tenang, nyaman, minimalisasi stressor

Rasional : Dengan posisi tidur yang aman dan nyaman akan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan

- e. Observasi his tiap 30 menit dan dilatasi serviks tiap 4 jam

Rasional : Observasi harus dilakukan untuk mengetahui majunya persalinan

3. Cemas berhubungan dengan proses persalinan (Taufan, 2005)

- 1) Tujuan

Kecemasan teratasi

- 2) Kriteria Hasil

Klien menampilkan pola koping yang positif, tenang, komunikatif, kooperatif

3) Rencana Tindakan

a. Kaji tingkat dan penyebab kecemasan klien

Rasional : Dapat mengetahui secara pasti tingkatan kecemasan klien

b. Berikan dorongan untuk mengekspresikan perasaan

Rasional : Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya, dengan ini mungkin bias mengurangi rasa cemasnya

c. Berikan informasi yang cukup mengenai proses persalinan dan persiapannya

Rasional : Dengan memberi penjelasan tentang proses persalian diharapkan klien mengerti sehingga dapat membantu lancarnya persalinan

d. Berikan informasi tentang kondisi klien

Rasional : Memberikan informasi tentang kondisi dan setiap akan melakukan tindakan dapat mengurangi rasa cemas klien

e. Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai kepercayaannya

Rasional : Dengan berdoa atau beribadah dapat membuat hati tenang dan pikiran klien tenang

4. Penurunan curah jantung berhubungan dengan hipovolemi/penurunan aliran balik vena, peningkatan tahanan vascular sistemik (Doengoes, 2001)

1) Tujuan

Curah jantung kembali normal

2) Kriteria hasil

- a. Klien tetap normotensif selama sisa masa kehamilan
- b. Klien melaporkan tidak adanya menurunnya kejadian dispnea
- c. Klien dapat mengubah tingkat sesuai kondisi
- d. Klien melaporkan tidak adanya menurunnya kejadian dispnea

3) Rencana Tindakan

- a. Pantau tekanan darah dan nadi

Rasional : Dengan memantau nadi dan tekanan darah dapat melihat peningkatan volume plasma, relaksasi vaskular dengan penurunan tahanan perifer

- b. Lakukan tirah baring pada ibu dengan posisi miring kiri

Rasional : Meningkatkan aliran balik vena, curah jantung dan perfusi ginjal

- c. Pemantauan parameter hemodinamikinvasif (kolaborasi)

Rasional : Memberikan gambaran akurat dari perubahan vaskular dan volume cairan. Kontruksi vaskular yang lama, peningkatan dan hemokonsentrasi serta perpindahan cairan menurunkan curah jantung

- d. Berikan obat antihipertensi sesuai kebutuhan berdasarkan kolaborasi dengan dokter

Rasional : Obat antihipertensi bekerja secara langsung pada arteriol untuk meningkatkan relaksasi otot polos kardiovaskular

- e. Pemantauan tekanan darah dan obat antihipertensi

Rasional : Mengetahui efek samping yang terjadi seperti takikardi, sakit kepala, mual, muntah dan palpitasi

5. Perubahan perfusi jaringan uteroplasenta berhubungan dengan hipovolemia ibu, interupsi aliran darah (vasopasme progresif dari arteri spiral) (Doengoes, 2001)

1) Tujuan

Perfusi jaringan kembali normal

2) Kriteria hasil

Tidak ada penurunan frekuensi jantung janin

3) Rencana Tindakan

a. Berikan informasi mengenai pengkajian/pencatatan gerakan janin dirumah setiap hari

Rasioanl : Penurunan aliran darah plasenta mengakibatkan penurunan pertukaran gas dan kerusakan fungsi nitrisi plasenta

b. Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas janin

Rasional : Merokok, penggunaan obat, kadar glukosa serum, bunyi lingkungan, waktu dalam sehari dan siklus tidur-bangun dari janin dapat meningkat atau menurunkan gerakan janin

c. Tinjau ulang tanda-tanda abrupsia plasenta (misal perdarahan pervagina, nyeri tekan uterus, nyeri abdomen dan penurunan aktifitas janin)

Rasional : Pengenalan dan intervensi dini mengingatkan kemungkinan hasil yang positif

- d. Evaluasi pertumbuhan janin, ukur kemajuan pertumbuhan fundus setiap kunjungan

Rasional : penurunan fungsi plasenta dapat menyertai hipertensi pada kehamilan
 - e. Pantau DJJ secara manual atau elektronik sesuai indikasi

Rasional : Mengevaluasi keadaan janin. Peningkatan DJJ dapat menandakan respon kompensasi pada hipoksia, prematuritas atau abrupsio plasenta
6. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan tidak adekuatnya perfusi darah ke plasenta
- 1) Tujuan

Tidak terjadi cedera pada janin
 - 2) Kriteria hasil

Janin tidak terjadi cedera
 - 3) Rencana Tindakan
 - a. Istirahatkan ibu

Rasional : Dengan mengistirahatkan ibu, diharapkan metabolisme tubuh menurun dan peredaran darah ke plasenta menjadi adekuat sehingga kebutuhan oksigen untuk janin dapat terpenuhi
 - b. Anjurkan ibu agar tidur miring ke kiri

Rasional : Dengan tidur miring ke kiri diharapkan vena kava bagian kanan tidak tertekan oleh uterus yang membesar sehingga aliran darah ke plasenta menjadi lancar

c. Pantau tekanan darah ibu

Rasional : Dengan memnatau tekanan darah ibu dapat diketahui keadaan aliran darah ke plasenta seperti tekanan darah tinggi, aliran darah ke plasenta berkurang sehingga suplai oksigen ke janin berkurang

d. Memantau bunyi jantung janin

Rasional : Dengan memantau bunyi jantung janin dapat diketahui keadaan jantung janin lemah atau menurun menandakan suplai oksigen ke plasenta

e. Berikan obat antihipertensi setelah kolaborasi dengan dokter

Rasional : Dengan obat antihipertensi akan menurunkan tonus arteri dan menyebabkan penurunan afterload jantung dengan vasodilatasi pembuluh darah sehingga tekanan turun. Dengan menurunnya tekanan darah maka aliran darah ke plasenta menjadi adekuat.

2.3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah ibu. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan serta melanjutkan pengumpulan data (Mitayani, 2011).

2.3.5 Evaluasi

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

a. S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

b. O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif

d. P : Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.