

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 HASIL**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah DKT Gubeng Pojok Surabaya yang terletak di Jln. Gubeng Pojok No. 21 Ketabang, Genteng, Surabaya, Jawa Timur. Rumah Sakit DKT Gubeng Pojok adalah Rumah Sakit tipe C yang diresmikan pada tanggal 1 Agustus 2006. Layanan yang bisa di dapatkan di RS DKT Gubeng Pojok yaitu Instalasi Gawat Darurat (IGD) 24 jam, Kamar Bedah, ICU, NICU dan Ruang Oprasi. Pelayanan rawat jalan poli umum, poli kandungan. Rawat Inap umum, rawat inap Bedah, rawat inap Anak, Ruang rawat gabung, Ruang bersalin. Pelayanan penunjang terdapat Laboratorium patologi Anatomi, Laboratorium Patologi Klinik, Radiologi, Farmasi, USG, ECG.

##### **4.1.2 Pengkajian**

**Pasien 1 : pengkajian pada tanggal 11 juli 2018**

**Pasien 2 : pengkajian pada tanggal 16 juli 2018**

#### **1. Identitas Klien pertama**

**Tanggal 11 Juli 2018 pukul 17.30 WIB**

Ny.F, 24 tahun, beragama islam, alamat Jl.Semarang no.128 suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD, dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. No.rekamedis 064xxx. Penanggung jawab Tn.M umur 28 tahun, tanggal masuk rumah sakit 11 juli 2018 pukul 17.30 wib, dengan Diagnosa medis GIPI00I di ruang kamar bersalin, sumber informasi dari klien dan keluarga klien.

## **2. Keluhan utama**

Klien mengatakan kenceng-kenceng pada perut dan merasa pusing.

## **3. Riwayat Kesehatan Penyakit Sekarang**

Ny.F mengatakan perut terasa kenceng-kenceng, pada vagina keluar lendir darah dan keluar rembesan air sedikit dengan kondisi kepala pusing pada dahi, kaki dan tangan bengkak. klien pergi ke puskesmas pada tanggal 11 juli 2018 pukul 12.30 WIB dengan usia kehamilan 39 minggu, setelah dilakukan pemeriksaan klien terjadi tekanan darah tinggi di sertai bengkak pada kaki dan tangan. Puskesmas memberikan surat rujukan untuk di bawa ke RS DKT Gubeng Pojok. Klien datang ke poli kandungan RS DKT Gubeng Pojok tanggal 11 Juli 2018 pukul 17.30 wib, setelah dilakukan pemeriksaan GIPI00I usia kehamilan 39 minggu VT 2cm, eff 40% dan cek laboratorium di dapatkan proteinuri (++) lalu klien di pindah di ruang bersalin untuk tindakan lebih lanjut.

#### 4. Riwayat Persalinan Yang Lalu

Ny. F mengatakan saat hamil yang pertama tidak pernah terjadi tekanan darah tinggi dan juga bengkak pada pergelangan tangan dan kaki, tidak menderita penyakit menular ( HIV/AIDS ) dan penyakit kronis (jantung), maupun alergi obat atau makan.

TABEL 4.1 Riwayat Kehamilan dan Nifas yang lalu Ny. F

No	Umu r	Tgl lahir	Jenis persalina n	Tempat Persalina n	Penolo ng	Bayi		
						BB	TB	Jenis
1	4thn	03- 08- 2018	normal	Puskesm as	Bidan	38	50	L
2	H A M I L I N I							

#### 5. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan baru hamil ini mempunyai penyakit Hipertensi, tidak menderita penyakit menular (HIV/AIDS), Diabetes Militus, penyakit kronis (jantung) maupun alergi obat maupun makanan.

#### 6. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarganya ada yang menderita Hipertensi, dan tidak memiliki penyakit Diabetes militus, Asma, gameli.

#### 7. Riwayat Kebidanan

Klien mengatakan bahwa menarche pada usia 12 tahun, siklus haid 28 hari lamanya 5-6 hari, klien mengalami fluor albus bila mau menarche, HPHT tanggal 16-10-2017 HPL tanggal 18-07-2018, klien rutin memeriksakan kehamilannya 1 bulan sekali di puskesmas.

## **8. Pola – Pola dan Fungsi Kesehatan**

### **a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat**

Klien mengatakan selama hamil rutin memeriksakan kandungannya di puskesmas 1 bulan sekali dan mendapat obat-obatan selama hamil vitamin dan zat besi (Fe).

### **b) Pola Nutrisi dan Metabolisme**

Klien mengatakan makan 4-5x sehari secara teratur dengan lauk pauk dan sayuran serta minum susu pada malam hari . minum air putih 6-7 gelas perhari. Saat masa kehamilan klien tidak pernah merasa mual. TB : 157cm, BB : 66kg.

### **c) Pola Aktifitas**

Klien mengatakan selama hamil hanya mengerjakan pekerjaan rumah (menyapu, nyuci baju, mengepel, memasak dll).

### **d) Pola Eliminasi**

Klien mengatakan BAB nya lancar 1-2 kali seharidengan konsistensi feses lembek, berbau khas dan tidak mengeluarkan darah. BAK nya juga lancar 5-7 kali sehari dengan warna kuning jernih dan berbau khas.

### **e) Pola Tidur dan Istirahat**

Klien mengatakan selama hamil tidur siang sekitar jam 12.30 – 14.00 WIB, tidur malam sekitar jam 21.00 – 05.00 WIB. Tidak pernah mengalami kesulitan saat tidur.

**f) Pola Sensori dan Kognitif**

Klien mengatakan saat ini tidak mengalami masalah dalam panca indra, daya penciuman, pendengaran, perabaan dan penglihatan juga tidak mengalami perubahan. Namun terkadang klien merasa pusing yang hilang, timbul. Klien tidak mengetahui tentang penyakit Pre eklamsia yang dideritanya.

**g) Pola Persepsi Diri**

Klien mengatakan senang dengan kelahiran anak kedua dan Klein selalu bertanya pada perawat mengenai kondisinya sekarang.

**h) Pola Hubungan dan Peran**

Klien mengatakan hubungannya dengan suaminya maupun keluarganya baik, terbukti saat dirumah sakit suaminya kooperatif setia menunggu klien. Hubungan dengan orang lain cukup baik dan dengan perawat juga baik. Peran klien dirumah sebagai ibu rumah tangga yang baik.

**i) Pola Reproduksi dan seksual**

Klien sudah menikah dan sekarang melahirkan anak keduanya. Klien belum mempunyai rencana untuk melakukan program KB.

**j) Pola Penanggulangi Stres**

Klien mengatakan bila ada masalah selalu berdiskusi dengan suaminya.

**k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan**

Klien mengatakan beragama islam, klien juga melaksanakan sholat 5 waktu , klien bersyukur atas kelahiran anak keduanya .

**9. Pemeriksaan fisik**

**Tanggal 11 juli 2018 Pukul 17.30**

**1. Keadaan umum**

- a. Kesadaran : composmentis.
- b. Keadaan : cukup.
- c. Tekanan darah : 150/110 mmHg.
- d. MAP : 116.
- e. Nadi : 100x/mnt.
- f. Suhu : 32,6°C.
- g. TB / BB : 157cm/66kg.

**2. Kepala**

Bentuk kepala simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan.

**3. Leher**

Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran pada kelenjar thyroid,tidak ada lesi, tidak ada kaku kuduk dan vena juguralis teraba.

**4. Wajah**

Tidak terdapat edema pada wajah, wajah tampak menyeringai ketika kontraksi.

**5. Mata**

Bentuk mata Simetris, tidak ada nyeri tekan di sekitar mata, sklera putih, penglihatan normal, konjungtiva anemis.

**6. Telinga**

Bentuk telinga simetris, tidak ada nyeri tekan, telinga bersih, tidak ada benjolan disekitar telinga.

**7. Hidung**

Bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan yang teraba di sekitar hidung.

**8. Mulut dan faring**

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada gigi berlubang, dan tidak terdapat stomatitis.

**9. Dada**

Bentuk dada normal chest.

**10. Payudara**

Bentuk dada simetris, bentuk payudara simetris, puting susu menonjol, daerah aerola terjadi hiperpigmentasi (bertambah gelap), tidak terdapat nyeri tekan pada dada dan payudara dan payudara tegang.

**11. Abdomen**

Inspeksi : Abdomen menggantung, melebar dan tegang, striage gravidarum didapatkan linea nigra, tidak ada bekas

jahitan operasi HIS frekuensi 2x dalam 10 menit lamanya 40 detik, tidak terjadi nyeri epigastrium..

Perkusi : Terdengar Tympani.

Palpasi :

LI : Teraba fundus uteri 3 jari dibawah procyphoideus, teraba massa lunak, tinggi fundus unteri 31cm.

LII : situs anak membujur terhadap sumbu panjang ibu, sebelah kanan ibu teraba ibu teraba keras seperti papan, panjang dan punggung bayi teraba di kanan (PUKA), sebelah kiri teraba bagian kecil-kecil janin.

LIII : teraba keras bulat, kepala sudah tidak bisa digerakkan, sudah masuk PAP.

L IV : perabaan tangan divergen (kedua tangan bertemu atau masuk PAP) bagian tebawa janin, janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP).

## **12. Muskuluekeletal**

Terjadi edema pada extremitas atas dan bawah, refleks patela hiperaktif pada sendi pergelangan kaki, akral hangat, pergerakan ekstremitas atas dan bawah bsa di gerakkan, terpasang infus RL 500cc (tangan kiri) 21 tpm.

## **13. Integumen**

Terdapat hiperpigmentasi pada daerah leher dan linea nigrae atau garis dari umbilikus sampai simpisis, tidak didapatkan sianosis, akral hangat kering dan merah, warna kulit putih, CRT < 2 detik kembali atau normal.

#### 14. Genetalia

kebersihan genetalia cukup, pemeriksaan dalam pukul 17.40 wib, pembukaan serviks 2cm serviks menjadi lembek, mendatar dan membuka bersamaan keluar lendir bercampur darah dan terdapat rembesan air sedikit eff 40% proteinuria (++)

#### 15. Anus

Tampak normal, tidak ada iritasi di daerah anus, tidak ada hemoroid, tidak ada bekas jahitan

#### 16. Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 11 juli 2018 Pukul 21.00

TABEL 4.3 :Hasil Laboratorium Ny. F

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
<b>HEMATOLOGI</b>			
Hemoglobin	10.9	g/dl	perempuan 11,5-16,0
Leukosit	10.800	mm <sup>3</sup>	Umum 4.000–11.000
<b>Diffcount :</b>			
Eosonofil	-	%	Umum 0 – 1
Basofil	-	%	Umum 1 – 2
Stab	-	%	Umum 2 – 6
Segmen	76	%	Umum 54 – 64
Lymphosit	13	%	Umum 25 – 33
Monosyt	11	%	Umum 4 – 8

PLT	279.000	mm <sup>3</sup>	Umum 150.000-450.000
HCT	34.9	%	Perempuan 35 – 47
<b>Faal Hemastatis</b>			
PPT	10.1 dtk		
Kontrol	12.2 dtk		Umum : selisih 2 dtk dr kontrol
APTT	30.8 dtk		
Kontrol	32.4 dtk		Umum : selisih 7 dtk dr kontrol
<b>IMUNO – SEROLOGI</b>			
HbSAg (kualitatif)	Non Reaktif		Umum : Non Reaktif
Anti HIV	Non Reaktif		Umum : Non Reaktif
<b>URINE</b>			
Protein urine	Pos (++)		Negatif (-)

**Terapi pada tanggal 11 juni 2018 pukul 17.30**

- a) Terapi cairan infus Glukosa D5 : RL = 2:1
- b) Dosis awal 4gr MgSO<sub>4</sub> 20% dalam 20cc per IV di lanjut dengan 2,5gr MgSO<sub>4</sub> 40% IM, kemudian dosis lanjutan 5gr MgSO<sub>4</sub> 40% per 6 jam selama 24 jam pasca persalinan.
- c) Oxitosin 1amp
- d) Cefotaxim 2 x 1gr.
- e) Ondansentron 8mg.
- f) Ranitidin 50mg.

g) Cefadroxil 2 x 1 500mg.

h) Asmef 3x1 500mg

#### 4.1.3 Analisa Data

##### 1. Analalisa data pada klien pertama Ny.F umur 24th

Tanggal 11 juli 2018

##### a. Data subyektif :

klien mengatakan pusing, nyeri pada teluk kepala, pergelangan tangan dan kaki bengkak.

##### Data obyektif :

Keadaan klien baik, kesadaran compos metis, GCS 4-5-6, klien terdapat idema pada pergelangan tangan dan kaki, tidak ada sesak nafas, BB minggu yang lalu 65kg, dalam satu minggu terjadi peningkatan BB 1kg, sejak pukul 14.00-17.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 900ml, airan yang keluar (output) = 300 ml.

$$IWL = (15 \times 66 \text{Kg}) / 24 \text{ jam} = 990 \text{cc} / 24 \text{ jam.}$$

$$IWL = 990 \text{cc} / 24 \text{ jam} = 41 \text{cc} / \text{jam}$$

$$IWL = 41 \text{cc} \times 3 \text{ jam} = 123 \text{cc} / 7 \text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 900 \text{ml} - (300 + 123 \text{ml}) = 477 \text{ ml}$$

TD : 150/100 mmHg MAP : 116 Nadi : 100 x/mnt

RR : 20 x/mnt S: 36,2°C. Persalinan pervagina.

**Etiologi :**

Gangguan mekanisme regulasi.

**Masalah keperawatan :**

Hipervolemia.

**4.1.4 Diagnosa Keperawatan**

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

**4.1.5 Intervensi Keperawatan**

**1. Klien pertama**

**Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.**

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan.

Kriteria Hasil :

- 1) Bebas dari edema.
- 2) Vital sign dalam batas normal.

Tekanan darah : (sistole : 110 – 130 mmHg) (diastole : 70 – 100 mmHg)

MAP : 80 – 110 mmHg

Nadi : 60 – 100 x/mnt

- 3) Terjadi keseimbangan intake dan output

Intervensi :

- 1) Memantau asupan oral dan Infus IV MgSO<sub>4</sub>

Rasional : MgSO<sub>4</sub> bekerja pada sambungan mioneural dan merelaksasi vasospasme relaksasi ini sering, menyebabkan peningkatan perfusi ginjal, mobilisasi cairan ekstrasvaskular (edema dan diuresis).

- 2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.

Rasional : Dengan memantau intake dan output diharapkan dapat diketahui adanya keseimbangan cairan dan dapat mengetahui keadaan dan kerusakan glomerulus.

- 3) Memantau edema yang terlihat .

Rasional : keadaan edema merupakan indikator keadaan cairan dalam tubuh.

- 4) Monitor vital sign dan MAP tiap 2 jam.

Rasional : Dengan memantau tanda – tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai repons dari kardiovaskuler.

- 5) Batasi masukan cairan dan diet rendah garam.

Rasional : agar tidak terjadi keparahan pada klien sehingga tidak terjadi edema paru.

- 6) Anjurkan klien mempertahankan tirah baring total dengan posisi miring.

Rasional : Tirah baring meningkatkan aliran darah uteroplasenta, yang sering kali menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis.

- 7) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian diuretik.

Rasional : Digunakan untuk mengontrol edema, menghambat efek aldosteron, meningkatkan ekskresi air sambil menghemat kalium, bila terapikonservatif dengan tirah baring dan pembatasan natrium tidak mengatasi.

#### **4.1.6 Implementasi Keperawatan**

##### **1. Pada klien pertama Ny. F umur 24 tahun.**

##### **Pelaksanaan tanggal 11 juli 2018**

- 1) Pukul 17.40 : membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien, dan mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon : klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

- 2) Pukul 17. 45 : melakukan pemeriksaan fisik TD : 150/100 mmHg  
Nadi : 100 x/mnt Suhu : 30,2°C RR : 20 x/mnt MAP : 116 DJJ :147

irama teratur, TFU : 31 cm , letak punggung bayi di sebelah kanan (puka), NST reaktif.

Respon : klien kooperatif

- 3) Pukul 18.30 mempertahankan cairan intake dan output yang akurat.

Respon : sejak pukul 17.30-18.15 intake (infus : 150 ml minum air putih 500 ml) = 450 ml, Output (BAK 2x) = 250ml.

$$IWL = (15 \times 66 \text{Kg}) / 24 \text{ jam} = 990 \text{cc} / 24 \text{ jam.}$$

$$IWL = 990 \text{cc} / 24 \text{ jam} = 41 \text{cc} / \text{jam}$$

$$IWL = 41 \text{cc} \times 7 \text{ jam} = 287 \text{cc} / 7 \text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 650 \text{ml} - (250 + 287 \text{ml}) = 113 \text{ ml}$$

- 4) Pukul 19.00 mengkaji lokasi dan luas edema.

Respon : terjadi edema pada pergelangan tangan kanan - kiri dan kaki kanan – kiri.

- 5) Pukul 19.30 monitor vital sign dan MAP.

Respon : tekanan darah di dapatkan hasil 140/90 mmHg Nadi : 90x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,2°C MAP : 106 VT : 4cm.

- 6) Pukul 20.10 memberikan injeksi IV 4gr MgSO<sub>4</sub> 20% 20cc selama 8 menit, rute IV : ondansentron 8mg, rute IV : Ranitidin 50mg, dan rute IV : Cefotaxim 1 gr.

Respon : klien kooperatif dan tidak ada perlawanan.

- 7) Pukul 20.30 melakukan observasi tanda dan gejala infeksi (peningkatan suhu, jumlah secret atau darah yang keluar dan bau).

Respon : suhu klien : 36,5°C jumlah secret dan darah yang keluar sekitar 200cc, warna ketuban jernih dan tidak ada bau menyengat.

8) Pukul 20.40 menganjurkan pasien tidur miring.

Respon : klien paham dan kooperatif.

9) Pukul 21.30 observasi tanda- tanda vital sign dan MAP

Respon : tekanan darah di dapatkan hasil 120/80 mmHg Nadi : 80x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,3°C MAP : 93 VT : 7cm.

10) Pukul 22.00 memberikan instruksi pada ibu untuk tenang dan rileks dan tidak diperbolehkan untuk mengejan.

Respon : pasien faham dan kooperatif

11) Pukul 22.45 dilakukan pemeriksaan VT : 9cm ibu ingin mengejan.

Respon : bayi lahir perempuan BB/TB : 37/50, A-S : 8, anus +, cacat - , plasenta lahir lengkap TFU 2jr.

12) Pukul 22.50 dilakukan injeksi oksitoksin 1 amp Im

Respon : klien kooperatif

13) Pukul 23.00 dilakukan vital sign

Respon : tekanan darah didapatkan hasil 130/80 mmHg Nadi : 84x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,3°C MAP : 97.

14) Pukul 23.30 mempertahankan cairan intake dan output yang akurat.

Respon : sejak pukul 20.00-23.15 intake (infus : 350 ml minum air putih 350 ml) = 700 ml, Output (BAK 2x) = 300ml.

$IWL = (15 \times 66 \text{Kg}) / 24 \text{ jam} = 990 \text{cc} / 24 \text{ jam}.$

$$IWL = 990\text{cc}/24 \text{ jam} = 41\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 41\text{cc} \times 7 \text{ jam} = 287\text{cc}/7\text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 700\text{ml} - (300 + 287\text{ml}) = 113 \text{ ml}$$

#### 4.1.7 Evaluasi Keperawatan

**Klien pertama Ny. F umur 24 tahun**

**Evaluasi tanggal 11 juli 2018 pukul 22.00 WIB**

Diagnosa keperawatan

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

**S** : Klien mengatakan pusing dan nyeri di bagian vagina.

**O** : Keadaan klien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, tidak terjadi pembesaran vena jugularis, terjadi edema pergelangan tangan kanan – kiri, kaki kanan – kiri. BB klien 66kg, sejak pukul 20.00-23.15 intake (infus : 350 ml minum air putih 350 ml) = 700 ml, Output (BAK 2x) = 300ml.

$$IWL = (15 \times 66\text{Kg})/24 \text{ jam} = 990\text{cc}/24 \text{ jam.}$$

$$IWL = 990\text{cc}/24 \text{ jam} = 41\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 41\text{cc} \times 7 \text{ jam} = 287\text{cc}/7\text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 700\text{ml} - (300 + 287\text{ml}) = 113 \text{ ml}$$

Observasi tanda – tanda vital didapatkan hasil, Tekanan darah = 130/80 mmHg Nadi = 84x/mnt RR = 20 x/mnt S = 36,3°C MAP = 97.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-9 dilanjutkan.

### **Evaluasi tanggal 12 juli 2018 pukul 15.00 WIB**

S : Klien mengatakan masih pusing, dan pergelangan tangan kanan-kiri dan kaki kanan-kiri masih bengkak namun sudah tidak seperti kemarin.

O : Keadaan klien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6 bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, terjadi edema pada tangan kanan – kiri, kaki kanan – kiri, sejak pukul 06.00 – 10.00 intake (infus 250ml minm air putih dan teh hangat 400ml) = 650ml, output (produksi urin) = 250ml

$$IWL = 15 \times 63\text{kg} = 945\text{cc}/24\text{jam}$$

$$IWL = 945\text{cc}/24 \text{ jam} = 39\text{cc}/24\text{jam}$$

$$IWL = 39\text{cc} \times 4\text{jam} = 156\text{cc}/24\text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 650\text{ml} - (250\text{ml} + 156\text{ml}) = 244\text{ml}$$

Hasil observasi tanda-tanda vital sign didapatkan hasil, Tekanan darah = 140/100 mmHg MAP = 113 Nadi = 80x/mnt Suhu = 36,5°C.

Klien belajar mobilisasi duduk dengan bantuan keluarga.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Rencana tindakan no 2-7 dilanjutkan.

**Evaluasi tanggal 13 juli 2018 pukul 15.00 WIB**

S : Klien mengatakan sudah tidak pusing, dan pergelangan tangan kanan – kiri dan kaki kanan – kiri bengkaknya sudah berkurang.

O : Keadaan klien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6 bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, edema pada tangan kanan – kiri dan kaki kanan – kiri berkurang, sejak pukul 06.00 – 10.00 intake (infus 250ml minum air putih 300ml) = 550ml, output (produksi urine) = 200ml.

$$IWL = 15 \times 63\text{kg} = 945\text{cc}/24\text{jam}$$

$$IWL = 945\text{cc}/24 \text{ jam} = 39\text{cc}/24\text{jam}$$

$$IWL = 39\text{cc} \times 4\text{jam} = 156\text{cc}/24\text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 550\text{ml} - (200\text{ml} + 150\text{ml}) = 200\text{ml}$$

Hasil observasi tanda-tanda vital sign didapatkan hasil, Tekanan darah = 140/100 mmHg MAP = 113 Nadi = 84x/mnt Suhu = 36,3°C.

Klien belajar mobilisasi duduk dengan bantuan keluarga.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Rencana tindakan no. 2-7 dilanjutkan.

#### **4.1.8 Pengkajian klien 2**

##### **1. Identitas**

Ny.Y, 29 tahun, beragama islam, alamat Pacar keling Gg 4 no.34 suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMA, dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. No.rekamedis 059xxx. Penanggung jawab Tn.F umur 26 tahun, tanggal masuk rumah sakit 16 juli 2018 pukul 12.00 wib, dengan Diaknosa medis G1P0000 di ruang kamar bersalin, sumber informasi dari klien dan keluarga klien.

##### **2. Keluhan utama**

Klien mengatakan kenceng-kenceng namun jarang pada perut, badan lemas dan merasa pusing.

##### **3. Riwayat Penyakit Sekarang**

Ny.Y mengatakan perut terasa kenceng-kenceng namun jarang, kondisi badan lemas, kepala pusing pada dahi, wajah, tangan dan kaki bengkak. Klien pergi ke puskesmas pada tanggal 16 juli 2018 pukul 07.30 WIB setelah di lakukan pemeriksaan klien terjadi tekanan darah tinggi dan badan lemas. Puskesmas memberikan surat rujukan untuk di bawa ke RS DKT Gubeng Pojok. Klien datang ke ruang bersalin DKT setelah di lakukan pemeriksaan G1P0000 usia kehamilan 37 minggu, VT 1cm, eff 30% dan cek laboratorium di dapatkan tekanan darah tinggi dan terjadi proteinuri (+++) lalu klien di rawat di ruang bersalin untuk tindakan lebih lanjut.

#### 4. Riwayat Persalinan Yang Lalu

Ny. Y mengatakan ini hamil pertama. Klien agak takut dan cemas dengan proses persalinan pertamanya.

TABEL 4.2 Riwayat Kehamilan dan Nifas yang lalu Ny. Y

No	Umur	Tgl lahir	Jenis persalinan	Tempat persalinan	penolong	Bayi		
						BB	TB	Jenis
1	H A M I L I N I							

#### 5. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sakit Hipertensi waktu hamil pada trimester 3, dan klien tidak menderita penyakit menular (HIV/AIDS), ataupun penyakit Diabetes militus, Asma, Jantung dll.

#### 6. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak memiliki penyakit DM, HT, dan gemeli.

#### 7. Riwayat Kebidanan

Klien mengatakan bahwa menarche pada usia 13 tahun, siklus haid 28 hari lamanya 5-6 hari, klien mengalami fluor albus bila mau menarche, klien belum pernah melakukan PAP Smear, HPHT tanggal 17-11-17 HPL tanggal 10-08-2018 , klien rutin memeriksakan kehamilannya 1 bulan sekali di puskesmas.

## **8. Pola – Pola dan Fungsi Kesehatan**

### **a) Pola Persepsi dan Tata Laksanaan Hidup Sehat**

Klien mengatakan selama hamil rutin memeriksakan kandungannya di puskesmas 1 bulan sekali dan saat trisemester 3 klien mengatak sering pusing. Dan mendapat obat-obatan selama hamil vitamin dan zat besi (Fe) namun jarang di minum oleh klien dan klien minum susu.

### **b) Pola Nutrisi dan Metabolisme**

Klien mengatakan makan 3-4x sehari secara teratur dengan lauk pauk dan sayuran kadang juga mengkonsumsi buah. Minum air putih 6-7 gelas perhari dan minum susu. TB: 155cm BB: 87 kg.

### **c) Pola Aktifitas**

Klien mengatakan selama hamil hanya melakukan perkejaan sebagai ibu rumah tangga (menyapu, mengepel, memasak dll).

### **d) Pola Eliminasi**

Klien mengatakan BAB nya lancar 1-2 kali sehari dengan konsistensi feses lembek , berbau khas dan tidak mengeluarkan darah. BAK nya juga lancar 5-7 kali sehari dengan warna kuning jernih dan berbau khas.

### **e) Pola Tidur dan Istirahat**

Klien mengatakan selama hamil jarang tidur siang kalau tidur jam 12.00-13.30 WIB. tidur malam sekitar jam 21.00 – 04.00 WIB. Tidak pernah mengalami kesulitan saat tidur.

**f) Pola Sensori dan Kognitif**

Klien mengatakan saat ini tidak mengalami masalah dalam panca indra, daya penciuman, pendengaran, perabaan dan penglihatan juga tidak mengalami perubahan. Hanya saja klien merasa sedikit nyeri di bagian perut dan terkadang merasa pusing. Klien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya.

**g) Pola Persepsi Diri**

Klien mengatakan senang dengan kelahiran anak ke pertamanya.

**h) Pola Hubungan dan Peran**

Klien mengatakan hubungannya dengan suaminya maupun keluarganya baik, terbukti saat dirumah sakit suaminya kooperatif setia menunggu klien. Hubungan dengan orang lain cukup baik dan dengan perawat juga baik. Peran klien di rumah sebagai ibu rumah tangga yang baik.

**i) Pola Reproduksi dan Seksual**

Klien sudah menikah dan sekarang klien memiliki anak satu.

**j) Pola Penanggulangan Stres**

Klien mengatakan bila ada masalah selau menceritakan kepada suaminya.

**k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan**

Klien mengatakan beragama islam, klien juga melaksanakan sholat 5 waktu , klien bersyukur atas kelahiran anak yang lahir dengan selamat dan sehat

## 9. Pemeriksaan Fisik

### 1. Keadaan umum

- b. Kesadaran : composmentis.
- c. Keadaan : lemas.
- d. Tekanan darah : 170/110 mmHg.
- e. MAP : 130.
- f. Nadi : 98x/mnt.
- g. Suhu : 32,1°C.
- h. TB / BB : 155cm/87kg

### 2. Kepala

Bentuk simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, tidak ada jejas dan tidak ada nyeri tekan.

### 3. Leher

Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran pada kelenjar thyroid, tidak ada lesi tidak ada kaku kuduk dan vena juguralis teraba.

### 4. Wajah

Terdapat edema pada wajah, dan wajah tampak menyeringai ketika kontraksi.

### 5. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, kornea hitam.

### 6. Telingah

Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, kornea hitam.

## 7. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan yang teraba di sekitar hidung.

## 8. Mulut dan Faring

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada gigi berlubang, dan tidak terdapat stomatitis.

## 9. Dada

Tidak terjadi sesak nafas, pergerakan dada simetris saat inspirasi dan ekspirasi, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing.

## 10. Payudara

Bentuk dada simetris, bentuk payudara simetris, puting susu menonjol, daerah aerola terjadi hiperpigmentasi (bertambah gelap), tidak terdapat nyeri tekan pada dada dan payudara dan payudara tegang.

## 11. Abdomen

Inspeksi : Abdomen menggejang, melebar dan tegang, striae gravidarum didapatkan linea nigra, tidak ada bekas jahitan operasi His frekuensi 1x dalam 10 menit lamanya 40 detik tidak terjadi nyeri epigastrium.

Perkusi : terdengar tympani.

Palpasi :

L I : Teraba fundus uteri 3 jari dibawah proc xyphoideus, teraba massa lunak, tinggi fundus uteri 30 cm.

L II : Situs anak membujur terhadap sumbu panjang ibu, perut sebelah kanan ibu teraba keras seperti papan, panjang dan punggung bayi teraba di kanan (PUKA), perut sebelah kiri ibu teraba bagian kecil – kecil janin (tangan, kaki).

L III : Teraba keras bulat, kepala sudah tidak bisa di gerakkan berarti sudah masuk PAP.

L IV : perabaan tangan di vergen (kedua tangan bertemu atau masuk PAP) bagian terbawa janin, janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP).

## **12. Muskuleskeletal**

Terjadi edema pada extremitas atas dan bawah, refleks patela hiperaktif pada sendi pergelangan kaki, akral hangat, pergerakan extremitas atas dan bawah bsa di gerakkan, terpasang infus Glukosa D51/2 500cc (tangan kiri) 21 tpm.

## **13. Integument**

Terdapat hiperpigmentasi pada daerah leher dan linea nigrae atau garis dari umbilikus sampai simpisis, tidak didapatkan sianosis, akral hangat kering dan merah, warna kulit putih, CRT kurang dari 3 atau normal, turgor kuit 2 detik atau lambat.

#### 14. Genetalia

Genetalia cukup bersih, tidak ada lessi, perinium kemerahan.

#### 15. Vulva / vagina

Pemeriksaan dalam pukul 12.15 wib, pembukaan serviks 1 jari serviks menjadi lembek, mendatar dan membuka bersamaan keluar lendir bercampur darah proteinuria (+++).

#### 16. Anus

Tampak normal, tidak ada iritasi di daerah anus, tidak ada hemoroid, tidak lessi.

#### 17. Pemeriksaan Laboratorium 16-07-2018

TABEL 4.4 : Hasil Laboratorium Ny. Y

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
<b>HEMATOLOGI</b>			
Hemoglobin	10,2	g/dl	Perempuan : 11,2 – 16,0
Leukosit	11.200	mm <sup>3</sup>	Umum : 4.000 – 11.000
<b>Diffcount :</b>			
Eosonofil	-	%	Umum : 0-1
Basofil	-	%	Umum : 1-2
Stab	-	%	Umum : 2-6
Segmen	66	%	Umum : 54-64
Lymphosit	23	%	Umum : 25-33
Onosyt	9	%	Umum : 4-8
PLT	152.000	mm <sup>3</sup>	Umum : 150.000 - 450.000

HCT	46,8	%	Perempuan : 35- 47
<b>URINE</b>			
Protein urie	Psitif (+++)		Umum : Negatif
<b>IMUNO – SEROLOGI</b>			
HbSAg	Non Reaktif		Umum : Non Reaktif
Anti HIV	Non Reaktif		Umum : Non Reaktif

#### **Terapi pada tanggal 16 juli 2018**

- a) Cairan infus D5 ½ : RL = 2 : 1
- b) Nevidipin 5mg 1x oral
- c) MgSO<sub>4</sub> Dosis 40% 4gr per IV dilanjut dengan MgSO<sub>4</sub> 6gr drip RD 5 ½.
- d) Dexa 3 amp per IV
- e) Ctc ¼ tablet per oral
- f) Lasix ½ ampul IV
- g) Cefazolin 2gr drip pz.

#### **4.1.9 Analisa data**

##### **a. Data subyektif :**

Klien mengatakan pusing, badan terasa lemah, pergelangan kaki dan tangan bengkak

##### **Data obyektif :**

Kedadaan umum klien lemah, kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, klien tampak cemas, terdapat edema pada pergelangan tangan dan kaki, tidak ada sesak nafas, BB minggu yang lalu 86kg, dalam 1

minggu terjadi peningkatan BB 1kg, sejak pukul 09.00-12.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 1000ml, cairan yang keluar (output) = 400ml.

$$IWL = (15 \times 87 \text{Kg}) / 24 \text{jam} = 1305 \text{cc} / 24 \text{jam}$$

$$IWL = 1305 \text{cc} / 24 \text{ jam} = 54 \text{cc} / \text{jam}$$

$$IWL = 54 \text{cc} \times 3 \text{ jam} = 162 \text{cc} / 3 \text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 1000 \text{ml} - (400 + 162) = 438 \text{ ml}$$

TD : 170/110 mmHg MAP : 113 Nadi : 98 x/mnt S : 36,1°C RR : 20 x/mnt. Persalinan dilakukan secara SC karena pasien cemas, dan lemas.

**Etiologi :**

Gangguan mekanisme regulasi.

**Masalah keperawatan :**

Hipervolemia.

**4.1.10 Diagnosa Keperawatan**

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

**4.1.11 Intervensi Keperawatan**

**Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.**

**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan.

**Kreteria Hasil :**

- 1) Terbebas dari edema.
- 2) Vital sign dalam batas normal.

Tekanan darah : (sistole : 110 – 130 mmHg) (diastole : 70 – 100 mmHg)

MAP : 80 – 110 mmHg

Nadi : 60 – 100 x/mnt

- 3) Terjadi keseimbangan intake dan output

**Intervensi :**

- 1) Memantau asupan oral dan infus IV MgSO<sub>4</sub>.

Rasional : MgSO<sub>4</sub> bekerja pada sambungan mioneural dan merelaksasi vasospasme. Relaksasi ini sering menyebabkan peningkatan perfusi ginjal, mobilisasi cairan ekstravaskular (edema dan diuresis).

- 2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.

Rasional : Dengan memantau intake dan output diharapkan dapat diketahui adanya keseimbangan cairan dan

dapat mengetahui keadaan dan kerusakan glomerulus.

- 3) memantau edema yang terlihat.

Rasional : keadaan edema merupakan indikator keadaan cairan dalam tubuh.

- 4) Monitor vital sign dan MAP tiap 2 jam.

Rasional : Dengan memantau tanda – tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai repons dari kardiovaskuler.

- 5) Batasi masukan cairan dan diet rendah garam.

Rasional : agar tidak terjadi keparahan pada klien sehingga tidak terjadi edema paru.

- 6) Anjurkan posisi tirah baring total dengan posisi miring.

Rasional : tirah baring meningkatkan aliran darah uteroplasenta, yang seringkali menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis.

- 7) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian diuretik.

Rasional : Digunakan untuk mengontrol edema, menghambat efek aldosteron, meningkatkan ekskresi air sambil menghemat kalium, bila terapikonservatif dengan tirah baring dan pembatasan natrium tidak mengatasi.

#### 4.1.12 Implementasi Keperawatan

**Pada klien kedua Ny. Y umur 29 tahun.**

**Pelaksanaan tanggal 16 juli 2018**

- 1) Pukul 12.00 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien, dan mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon : klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

- 2) Pukul 12.15 memonitor vital sign dan MAP.

Respon : tekanan darah didapatkan hasil = 170/110 mmHg MAP = 113 Nadi : 98x/mnt Suhu : 36,1°C VT 1cm, DJJ 140x/mnt  
HIS + TFU = 29cm.

- 3) Pukul 12.30 memberikan injeksi Nifedipin 5mg per oral.

Respon : klien kooperatif terhadap tindakan keperawatan.

- 4) Pukul 12.40 menimbang berat badan klien

Respon : berat badan klien 87kg.

- 5) Pukul 13.15 mempertahankan catatan intake dan output yang akurat.

Respon : sejak pukul 09.00-12.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 1000ml, cairan yang keluar (output) = 400ml.

$$IWL = (15 \times 87 \text{Kg}) / 24 \text{jam} = 1305 \text{cc} / 24 \text{jam}$$

$$IWL = 1305 \text{cc} / 24 \text{jam} = 54 \text{cc} / \text{jam}$$

$$IWL = 54\text{cc} \times 3 \text{ jam} = 162\text{cc}/3\text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 1000\text{ml} - (400 + 162) = 438 \text{ ml}$$

- 6) Pukul 13.30 memasang infus RD5 500ml, injeksi IV MgSO<sub>4</sub> 40% 4gr.

Respon : pasien kooperatif terhadap tindakan keperawatan.

- 7) Pukul 14.00 mengkaji lokasi dan luas edema.

Respon : terjadi edema pada wajah, pergelangan tangan dan kaki.

- 8) Pukul 14.30 injeksi MgSO<sub>4</sub> 40% 6gr IV drip RD5 16tpm

Respon : pasien kooperatif.

- 9) Pukul 15.00 memberikan motivasi pada ibu dan mengajarkan teknik relaksasi (tarik nafas panjang, berdo'a dll).

Respon : pasien kooperatif dan bisa mengikuti dan merasa tenang.

- 10) Pukul 15.25 memonitor vital sign dan MAP

Respon : tekanan darah didapatkan hasil = 150/100 mmHg MAP =

$$117 \text{ Nadi} = 100\text{x}/\text{mnt} \text{ Suhu} = 36,2^\circ\text{c} \text{ RR} = 20\text{x}/\text{mnt}.$$

- 11) Pukul 15.40 menganjurkan klien untuk posisi miring.

Respon : klien kooperatif.

- 12) Pukul 16.15 mempersiapkan peralatan kateter dan memasang kateter.

Respon : klie kooperatif, kateter ukuran 14, isi balon 10cc, produksi urine 200ml.

- 13) Pukul 16.20 memonitor vital sign dan MAP

Respon : tekanan darah didapatkan hasil = 140/90 mmHg MAP = 106

$$\text{Nadi} = 90\text{x}/\text{mnt} \text{ Suhu} = 36,2^\circ\text{c} \text{ RR} = 20\text{x}/\text{mnt}.$$

14) Pukul 17.00 mengantarkan klien ke ruang operasi dan menganjurkan klien untuk ber do'a agar diberikan kelancaran.

15) Pukul 19.30 klien keluar dari ruang oprasi pindah ke ruang RR.

16) Pukul 13.15 memonitor vital sign dan MAP

Rasional : tekanan darah didapatkan hasil = 153/95 mmHg MAP = 114 mmHg Nadi = 94x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 20 x/mnt.

#### **4.1.13 Evaluasi Keperawatan**

**Klien kedua Ny. Y umur 29 tahun**

**Evaluasi tanggal 16 juli 2018 pukul 17.30 WIB**

Diagnosa keperawatan

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

**S** : Klien mengatakan lemas, dan bengkak dipergelangan tangan kanan- kiri kaki kanan - kiri.

**O** : Keadaan klien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, tidak terjadi pembesaran vena jugularis, terjadi edema pergelangan tangan kanan – kiri, kaki kanan – kiri. BB klien 87kg, sejak pukul 09.00-12.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 1000ml, cairan yang keluar (output) = 400ml.

$$IWL = (15 \times 87 \text{Kg}) / 24 \text{jam} = 1305 \text{cc} / 24 \text{jam}$$

$$IWL = 1305 \text{cc} / 24 \text{jam} = 54 \text{cc} / \text{jam}$$

$$IWL = 54 \text{cc} \times 3 \text{jam} = 162 \text{cc} / 3 \text{jam}$$

$$\text{Balance cairan (BC)} = \text{intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 1000\text{ml} - (400 + 162) = 438 \text{ ml}$$

Hasil Observasi tanda – tanda vital sign didapatkan hasil, Tekanan darah = 153/95 mmHg MAP = 114 Nadi = 94x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 20x/mnt.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-10 dilanjutkan.

### **Evaluasi tanggal 17 juli 2018 pukul 14.00 WIB**

S : klien mengatakan masih pusing, lemas, nyeri luka operasi dan pergelangan tangan kanan – kiri dan kaki kanan – kiri masih bengkak.

O : Keadaan klien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6 bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, terjadi edema pada tangan kanan – kiri dan kaki kanan – kiri, sejak pukul 05.00-08.30 intake (infus 250ml minum air putih 400ml) = 650ml, output (produksi urin) = 450ml

$$\text{IWL} = 15 \times 84 \text{ Kg} = 1260\text{cc}/24 \text{ jam}$$

$$\text{IWL} = 1260\text{cc}/24 \text{ jam} = 52\text{cc}/\text{jam}$$

$$\text{IWL} = 52\text{cc} \times 3 \text{ jam} = 157 \text{ cc}/3\text{jam}$$

$$\text{Balance Cairan (BC)} = \text{Intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 650 \text{ ml} - (450 + 157) = 43\text{ml}.$$

Hasil observasi tanda – tanda vital sign didapatkan hasil, Tekanan darah = 140/90 mmHg MAP = 107 Nadi = 90x/mnt RR = 20 x/mnt Suhu = 36,2°C.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 2-7 dilanjutkan.

**Evaluasi tanggal 18 juli 2018 pukul 15.00 WIB**

S : Klien mengatakan sudah tidak pusing, masi terasa nyeri di daerah post oprasi, bengkak pada kaki dan tangan klien berkurang.

O : Keadaan klien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6 bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, terjadi edema pada tangan kanan – kiri dan kaki kanan – kiri, sejak pukul 06.00-10.00 intake (infus 250ml minum air putih 300ml) = 550ml, output (produksi urin) = 300ml

$$IWL = 15 \times 84 \text{ Kg} = 1260\text{cc}/24 \text{ jam}$$

$$IWL = 1260\text{cc}/24 \text{ jam} = 52\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 52\text{cc} \times 3 \text{ jam} = 157 \text{ cc}/3\text{jam}$$

$$\text{Balance Cairan (BC)} = \text{Intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$$

$$\text{BC} = 550 \text{ ml} - (3000 + 157) = 93\text{ml}.$$

Hasil observasi tanda – tanda vital sign didapatkan hasil, Tekanan darah = 130/90 mmHg MAP = 103 Nadi = 90x/mnt RR = 20 x/mnt Suhu = 36,2°C.

A : Masalah teratasi sebagian.

P :intervensi di lanjutkan no 2-7.

## **4.2 PEMBAHASAN**

Setelah mempelajari teori dan melaksanakan asuhan keperawatan klien pada Pre Eklamsia berat di Rumah Sakit DKT gubeng pojok Surabaya maka dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu inpartum Pre Eklamsia berat dengan masalah keperawatan Hipervolemia di Rumah Sakit DKT gubeng pojok Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **4.2.1 Pengkajian keperawatan**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang bersalin RS DKT Surabaya untuk mempermudah penulis mengumpulkan data.

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama Ny. F dan tinjauan kasus kedua Ny. Y didapatkan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, dimana tinjauan teori ditemukan masalah Hipervolemia. Maka tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan

tinjauan teori yang mana pada tinjauan kasus pertama maupun tinjauan kasus kedua.

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif dari klien pertama yang bernama Ny. F usia 24 tahun, mengatakan datang ke poli kandungan RS DKT Surabaya pada tanggal 11 Juli 2018 pukul 17.30 wib, usia kehamilan 39 minggu dengan keluhan pasien mengatakan perut kenceng – kenceng disertai pusing pada dahi, pada vagina keluar keluar lendir darah sedikit, tekanan darah tinggi dan bengkak pada pergelangan tangan kanan – kiri, kaki kanan – kiri. Berdasarkan pengkajian didapatkan data objektif kesadaran compos mentis, klien tampak tenang, pada pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan hasil tekanan darah = 150/110 mmHg MAP = 116 Nadi = 100 x/mnt RR = 20 x/mnt Suhu = 32,2°C. Pemeriksaan VT ditemukan 2cm, pemeriksaan DJJ didapatkan hasil 142 x/mnt ibu multipara dengan riwayat kehamilan persalinan pervagina tanpa adanya riwayat pre eklamsi.

Sedangkan klien kedua yang bernama Ny. Y 29 tahun didapatkan data, klien mengatakan datang ke kamar bersalin RS DKT Gupeng pojok Surabaya pada tanggal 16 Juli 2018 pukul 12.15 wib, usia kehamilan 37 minggu dengan keluhan pasien mengatakan perut kenceng – kenceng namun jarang, badan lemas, kepala pusing pada dahi, wajah tangan dan kaki edema dan tekanan darah tinggi. Berdasarkan pengkajian didapatkan data objektif kesadaran compos mentis, klien nampak cemas, pada pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan hasil tekanan darah =

170/110 mmHg MAP = 113 Nadi = 98x/mnt RR = 20 x/mnt Suhu = 36,1°C. Pemeriksaan VT ditemukan pembukaan 1cm, pemeriksaan DJJ didapatkan hasil 140x/mnt ibu primigravida.

Keluhan utama pada Pre Eklamsia berat adalah : adanya peningkatan tekanan darah, kenaikan berat badan, adanya proteinuria, nyeri kepala, nyeri epigastrium dan gangguan pengelihatannya (mitayani, 2011). Pre eklamsia berat yaitu tekanan darah >160/110 mmHg dan kadar protein semi kuantitatif lebih dari positif 2 (masrurroh, 2016). Pada keluhan utama tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua yaitu mengalami tekanan darah tinggi dan edema pada tangan dan kaki, cemas dan gelisah dalam tinjauan teori ditemukan adanya masalah hipervolemia. Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus pertama dan maupun tinjauan kasus kedua dengan tinjauan teori.

Dalam pengkajian system kardiovaskuler pada tinjauan kasus pertama dan kedua, didapatkan data yang sama yaitu tidak terjadi nyeri dada, denyut jantung dalam batas normal dan bunyi jantung S1 dan S2 tunggal. Namun dalam tinjauan teori ditemukan adanya resiko penurunan jantung.

#### **4.2.2 Diagnosa keperawatan**

Pada hasil diagnosa keperawatan antara klien pertama Ny. F dan Ny. Y terdapat kesamaan diagnosa yaitu Hipevolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pada tinjauan kasus Ny. F terdapat nyeri kepala sampai dahi dan edema pada pergelangan tangan kanan – kiri dan

kaki kanan – kiri. Sedangkan Ny. Y terdapat nyeri kepala, edema pada wajah, tangan kanan – kiri, kaki kanan – kiri.

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan teori diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami Pre Eklamsia berat berdasarkan (SDKI, 2016) adalah “Hipevolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi”.

Hal ini terjadi kesamaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka dimana kedua klien mengalami hipervomesia disebabkan oleh pre eklamsia.

#### **4.2.3 Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah hipervolemia pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk terjadi keseimbangan volume cairan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil terbebas dari edema, bunyi nafas bersih, tidak ada dispneu, terbebas dari kelelahan, kecemasan, vital sign dalam batas normal tekanan darah (sistole = 100 – 120 mmHg) (diastole = 60 – 90 mmHg) MAP = 80 – 100 mmHg, Nadi = 60 – 100 x/mnt, RR = 16 – 20 x/mnt Suhu = 36,0 – 37,5 °c.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus kepada perencanaan diagnosa hipervolemia yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan teori maupun tinjauan kasus pertama ataupun kedua.

Perencanaan untuk hipervolemia yaitu pertahankan catatan intake dan output yang akurat, kaji lokasi edema, monitor vital sign dan MAP 2 jam, kurangi masukan cairan dan diet rendah garam, anjurkan posisi miring, berikan cairan IV sesuai program, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dari perencanaan keperawatan dapat menurunkan tekanan darah, pencatatan yang akurat intake dan output yang seimbang, dan edema pada klien.

Perencanaan keperawatan pada tinjauan kasus klien pertama Ny. F usia 24 tahun, ibu multipara dengan usia kehamilan 39 minggu adalah observasi tanda – tanda vital, tekanan darah, MAP, input dan output klien, kaji edema pada klien. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan klien. kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian balance cairan RL : D5 = 2 : 1 16tpm, dan pemberian MgSO<sub>4</sub> 4gr dalam 20cc dan MgSO<sub>4</sub> 2,5gr 40% dan MgSO<sub>4</sub> 5gr 40% dan oksitosin 1amp, cefotaxim 1gr, ondansentron 8mg, ranitidin 50mg, cefadroxil 500mg, dan asam mefenamat 500mg. Untuk mengurangi tekanan darah tinggi pada klien. Sedangkan pada klien kedua Ny. Y 29 tahun, ibu primigravida dengan usia kehamilan 37 minggu adalah observasi tanda – tanda vital, tekanan darah, MAP, input dan output klien, kaji edema pada klien. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan klien. kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian balance cairan RL : D5 ½ = 1 : 2 16tpm, dan nevidipin 5mg pemberian MgSO<sub>4</sub> 4gr 40% dan MgSO<sub>4</sub> 6gr drip RD 5 ½, dexa

3amp, ctc  $\frac{1}{4}$ , lasix  $\frac{1}{2}$  ampul, cafazolin 2gr drip PZ. Untuk mengurangi tekanan darah tinggi pada klien.

Perencanaan untuk hipervolemia yaitu observasi tanda – tanda vital MAP, kaji adanya edema pada tubuh klien, kaji input dan ouput klien, kolaborasi dengan tim medis meliputi pemasangan infus, balance cairan, obat-obatan sesuai indikasi ( $MgSO_4$ , Nefidipin, antibiotik).

Berdasarkan kedua kasus tersebut tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori. Perencanaan disusun sesuai dengan penyebab pre eklamsi. Terdapat kesenjangan antara klien 1 dengan klien 2 yaitu pemberian obat nevidipine. Pada klien 1 tidak di beri obat nevidipine karena tensi tidak terlalu tinggi dan pada klien 2 diberikan obat nevidipine karena tekanan darah pada klien 2 sangat tinggi. Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien, perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan.

#### **4.2.4 Pelaksanaan keperawatan**

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus di sesuaikan dengan rencana yang telah di rumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa di lakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus di sesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) Rumah Sakit

DKT gubeng pojok Surabaya dan dengan bantuan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada pasien pre eklamsia mengikuti standart oprasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit DKT gubeng pojok Surabaya.

Pada pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada masalah Hipervolemia dengan melakukan membatasi asupan cairan, diet rendah garam memantau edema. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi terjadinya edema paru, sampai sianosis.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan selanjutnya pada tinjauan kasus pada klien pertama Ny. F dan klien kedua Ny. Y yaitu mengobservasi tanda –tanda vital dan Map, untuk mengetahui keadaan kardiovaskuler klien dan mempertahankan catatan intake dan output pada klien sehingga adanya keseimbangan cairan pada klien, mengkaji lokasi dan luas edema yang bertujuan untuk mengetahui keadaan cairan dalam tubuh klien, membatasi cairan yang masuk dan diet rendah garam yang bertujuan untuk mengurangi keparahan pada klien sehingga tidak terjadi penimbunan cairan yang berlebih, dan menganjurkan klien untuk mobilisasi bertahap agar klien dapat beraktivitas secara bertahap.

#### 4.2.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini ditemukan kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, antara klien pertama Ny. F dan klien kedua Ny. Y pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung kepada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan dengan SOAP.

Pada Ny. F dan Ny. Y rencana yang telah dibuat belum tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan karena klien masih mengalami edema. Dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilakukan dalam catatan perkembangan.

Dalam evaluasi ini terdapat Perbedaan penurunan tekanan darah pada klien pertama dan kedua mengalami perbedaan karena klien pertama mengalami kelambatan dalam penurunan tekanan darah karena klien pertama multipara sedangkan klien kedua cepat dalam penurunan tekanan darah karena klien kedua primigravida.