

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Pre-eklampsia merupakan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias, hipertensi, proteinuria dan edema ibu tersebut tidak menunjukkan hipertensi sebelumnya (Mochtar. Rustam, 1998 ;199)

Pre-eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu yang ditandai dengan tekanan darah $\geq 160 / 110$ mmHg, oedema, proteinuria ≥ 5 gram / 24 jam atau secara kualitatif 4+. Oliguria, jumlah produksi urine ≤ 500 cc / 24 jam disertai kenaikan kadar kreatinin, gangguan visus, nyeri epigastrium hiperefleksia, edema paru-paru, dan sianosis (UPF. Kebidanan ; 1994 ; 43)

2.1.2 Anatomi Fisiologi

2.1.2.1 Uterus (rahim)

Adalah sebuah kubah berbentuk seperti buah peer sedikit gepeng kerah muka belakang, ukuran belakang sebesar telur ayam dan mempunyai rongga. Dindingnya terdiri atas otot-otot polos. Ukuran panjangnya 7,75 cm lebar diatas 5,25 cm, tebal 3,5 cm dan tebal dinding 1,25 cm. Letak uterus dalam keadaan fisiologis adalah anteversiofleksio (serviks kedepan dan membentuk sudut dengan vagina (Wikarjosastro. Hanifah, 1992 ; 36).

Uterus terdiri atas fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Fundus uteri adalah bagian uterus yang terbesar, pada saat kehamilan mempunyai fungsi sebagai tempat janin berkembang. Rongga yang terdapat dikorpus uteri disebut kavum uteri (rongga rahim). Serviks uteri terdiri atas : Pars vaginalis servisis uteri yang dinamakan porsio. Pars supra vaginalis servisis uteri adalah bagian serviks yang berada diatas vagina.(Wiknjosastro. Hanifah, 1992 ; 37).

Uterus diberi darah oleh ateria uternasinistra et. externa yang terdiri dari ramus assendens dan ramus dessendens. Pembuluh darah ini berasal dari ateri iliaka internal (= a. hipogastrika) yang melalui dasar ligamentum tatum masuk kedalam uterus didaerah serviks kira-kira 1,5 cm dari forniks vagina. (Wiknjosastro, Hanifah, 1992 ; 39).

Fungsi utama uterus yaitu setiap bulan berfungsi dalam siklus haid, tempat jain tumbuh dan berkembang, berkontraksi teruama sewaktu bersalin dan sesudah bersalin. (Muchtar. Rustam, 1998 ; 9).

2.1.2.2 Plasenta

Plasenta merupakan alat yang sangat penting bagi janin karena sebagai alat pertukaran zat antara ibu dan anak dan sebaliknya. Jika anak terganggu pada plasenta, baik tidaknya anak sangat tergantung pada baik buruknya faal plasenta. (abstetri dan ginekologi, 1993 ;111).

Plasenta berbentuk bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal lebih kurang 2,5 cm. Beratnya rata-rata 500 gram. Tali pusat berhubungan dengan plasenta biasanya ditengah, keadaan ini disebut insersio sentralis. Bila hubungan ini agak kepinggir disebut insersio lateralis, dan bila dipinggir plasenta disebut

insersio marginalis. Kadang tali pusat berada diluar plasenta, dan hubungan dengan plasenta melalui selaput janin, jika demikian disebut insersio velamentosa (Wiknjosastro. Hanifah, 1992 ; 66)

Plasenta mempunyai dua permukaan yaitu permukaan yang menghadap kejanin yang disebut permukaan foetal. Dan yang lain adalah permukaan yang menghadap ke ibu yang disebut permukaan maternal. (Sastrawinata. Sulaiman,1983 ; 113).

Permukaan foetal warnanya keputih-putihan dan licin karena tertutup oleh amnion, di bawah amnion nampak pembuluh-pembuluh darah.

Permukaan maternal berwarna merah dan terbagi oleh celah-celah . Celah-celah ini terisi oleh septa (sekat) yang berasal dari jaringan ibu. Oleh celah-celah ini plasenta terbagi dalam 16-20 kotiledon (Sastrawinata. Sulaiman, 1983 ; 113).

Darah janin menuju ke plasenta melalui 2 buah arterioe umbilicalis dan dari plasenta ketubuh janin melalui vena umbilicalis. Ketiga pembuluh darah ini terdapat dalam tali pusat. Arteri mengandung darah yang kotor dan vena mengandung darah yang bersih. Dari tali pusat pembuluh darah tersebut berjalan dalam chorion dan kemudian masuk ke dalam villi. Darah ibu memancar ke dalam ruangan interviliar ialah rongga diantara villi dari arteri ibu yang terbuka pada dasar ruangan tersebut. Kemudian darah ibu menjalar kesegala jurusan dan dengan lambat laun mengalir kebawah dan masuk dalam venae pada dasar plasenta (Sastrawinata. Sulaiman, 1983 ; 114).

Plasenta bekerja sebagai usus yaitu mengambil makanan sebagai paru mengeluarkan CO₂ dan mengambil O₂ sebagai ginjal zat racun yang biasanya

dikeluarkan oleh ginjal seperti ureun dikeluarkan oleh plasenta dan akhirnya bekerja sebagai kelenjar buntu yang mengeluarkan hormon sebagai bentuk kelanjutan kehamilan (Obstetri dan ginekologi,1983 ; 114).

2.1.3 Patofisiologi

Pada pre-eklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteiole glomerulus. Pada beberapa kasus., lumen arterida sedemikian sempitnya sehingga dapat didahului oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteiola dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah akan naik sebagai usaha mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi (Mochtar Rustam, 1998 ; 199).

Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, karena tretensi air dan garam . Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus. Selain itu terjadi perubahan pada organ yang lain antara lain :

2.1.3.1 Plasenta dan uterus

Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta pada hipertensi yang agak lama pertumbuhan janin terganggu, pada hipertensi yang lebih pendek bisa terjadi gawat janin sampai kematian karena kekurangan oksigenasi. Pada pre-eklampsia di dapatkan kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap rangsangan, sehingga mudah terjadi partus prematurus. (Wiknjosastro. Hanifah, 1992 ; 285)

2.1.3.2 Ginjal

Mengalami perubahan disebabkan oleh aliran darah ke dalam ginjal menurun sehingga menyebabkan filtrasi glomerulus mengurang. Kelainan pada ginjal yang parah ialah dalam hubungan dengan proteinuri dan mgk sekali juga dengan retensi garam dan air. Mekanisme retensi garam dan air belum diketahui benar, tetapi di sangka akibat perubahan dalam perbandingan antara tingkat filtrasi glomerulus dan tingkat penyerapan kembali oleh tubulus. Pada kehamilan normal penyerapan ini meningkat sesuai dengan kenaikan filtrasi glomerulus. Penurunan filtrasi glomerulus akibat spasme arteriolus ginjal menyebabkan filtrasi natrium melalui glomerulus menurun, yang menyebabkan retensi garam dan dengan demikian juga retensi air.

Fungsi ginjal pada pre-eklampsia dapat turun sampai 50 % dari normal sehingga menyebabkan diuresis turun. Pada keadaan lanjut dapat terjadi oliguria atau anuria. (Wiknjosastro. Hanifah, 1992 ; 285)

2.1.3.3. mata

Pada pre-eklampsia dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Apabila sudah mengarah pada eklampsia akan menunjukkan tanda adanya skotoma diplopia dan ambliopia. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan dikorteks seberi atau di dalam retina (Mochtar-Rustam, 1998 ; 200).

2.1.3.4 paru

Kematian pada ibu pre-eklampsia biasanya disebabkan oleh edema paru yang menimbulkan dekompensasi kordis. Bisa pula karena terjadinya aspirasi pneumonia atau abses paru (Mochtar-Rustam, 1998 ; 200).

2.1.3.5 Otak

Resistensi pembuluh darah dalam otak pada hipertensi dalam kehamilan lebih meninggi lagi pada eklampsia. Walaupun demikian aliran darah ke otak dan pemakaian oksigen pada preeklampsia tetap dalam batas normal. Pemakaian oksigen oleh otak hanya menurun pada eklampsia

2.1.3.6 Metabolisme air dan elektrolit

Hemokonsentrasi yang menyertai preeklampsia tidak diketahui sebabnya. Terjadi disini pergeseran cairan dari ruang intravaskuler ke ruang interstisial. Kejadian ini yang diikuti oleh kaniakan hematokrit, peningkatan protein serum dan sering bertambahnya edema menyebabkan volume darah mengurang, viskoset darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama. Karena itu, aliran darah ke jaringan diberbagai bagian tubuh mengurang, sehingga turunnya hematokrit dapat dipakai sebagai ukuran tentang perbaikan keadaan penyakit dan tentang berhasilnya pengobatan.

Jumlah air dan natrim dalam badan lebih banyak pre-eklampsia dari pada wanita hamil biasa. Penderita preeklapmsia tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh filtrasi glomerulus menurun sedangkan penyerapan kembali tubulus tidak berubah.

Elektrolit kristoloid dan protein dalam serum tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada pre-eklampsia. Konsentrasi kalium, natrium, kalsium, dan lkorida dalam serum biasanya dalam batas normal. Gula darah bicarbonat dan PH pun normal (Wiknjosastro. Hanifah, 1992 ; 286-287).

2.1.4 Penatalaksanaan

Pada pre-eklampsia berat, pasien dirawat inapikan, istirahat mutlak dan ditempatkan dalam kamar isolasi dengan posisi tidur miring (lateral recumbent position) untuk meningkatkan filtrasi glomerulus. Pemasangan infus gluikosa 5 % dan douer kateter. Tekanan darah nadi suhu, pernapasan, berat badan, masukan dan keluaran dipantau dengan ketat. Tes-tes diagnostik dasar mengevaluasi penyakit dan keadaan janin (Tober benzion. MD, 1994 ; 241).

Sebagai pengobatan untuk mencegah timbulnya kejang dapat diberikan magnesium sulfua terutama saat persalinan. Dosis awal 4 gram dilarutkan dalam 100 ml dextrose 5 % dan diberikan intravena dalam waktu 10 sampai 10 menit. Kemudian diikuti dengan 1 sampai 2 gr per jam dalam infus intra vena yang diencerkan. Efek terapi magnesium sulfat yang hiperaktif memberi keasn kebutuhan penobatan yang meningkat tidak adanya reflek patella merupakan tanda pertama dari keracunan magnesium. Aliran urine dan pernafasan harus dipantau secara ketat.

Alternatif lain. Sulfas mafnesium 40 % sebanyak 10 ml (4 gram) disuntikkan intra muskuler bokong kiri dan kanan. Sebagai dosis permulaan dan dapat di ulang4 gram tiap 6 jam menurut keadaan. Tambahan sulfas mafnesium hanya diberikan bila diuresis baik, reflek patella positif dan kecepatan pernafasan lebih dari 16 per menit. Obat tersebut selain menenangkan juga menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis.

Therapi anti hipertensi jika tekanan darah secar tiba-tiba meningkat di atas 170 hingga 180 mmHg sistolik atau 110 hingga 120 diastolik, hidralazin dianjurkan untuk mengurangi resiko peredaran otak dan mungkin memperbaiki

aliran darah ke ginjal. Dosis awal 5 mg diberikan intravena dan tekanan darah dipantau setiap 5 menit. Jika tekanan diastolic tidak turun dibawah 100 mmHg dalam 20 menit, diberikan dosis ulangan 5 sampai 10 mg. Dosis ini diulang setiap interval 20 menit sampai tekanan diastole turun menjadi 100 mmHg. Tekanan darah yang turun terlalu cepat mengganggu perfusi plasenta dan bahaya terhadap janin meningkat.

Kelahiran jika janin sudah aterm ada bukti gawat intra interina atau pre-eklampsia menetap atau bertambah buruk, kelahiran dianjurkan untuk kesehatan ibu dan janin. Persalinan dapat dimanifasi dengan oksitosin dan amniotomi. Jika presentasi janin memungkinkan apabila didapatkan mal presentasi janin gawat janin atau induksi gagal, maka dianjurkan tindakan pembedahan yang disebut seksio sasaren (Taber. Benzian MD. 1994 241).

Tujuan utama penanganan penderita pre-eklampsia berat adalah mencegah atau menghindari kelanjutan menjadi eklampsia, melahirkan janin hidup, trauma pada ibu dan janin seminimal mungkin (Mochtar. Rustam, 1998 ; 202).

2.1.5 Dampak Masalah

Dalam perawatan yang menjadi perhatian adalah klien sebagai manusia yang mempunyai banyak permasalahan terutama dalam kondisi sakit akan memberikan reaksi biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

2.1.5.1 Biologis

Pada klien dengan pre – eklampsia berat akan ditemukan peningkatan tekanan darah. Hal ini dapat menyebabkan tekanan intrakranial meningkat, sehingga klien merasakan adanya salit kepala serta gangguan visus, selain itu

pre – eklampsia berat dapat menyebabkan perubahan pada ginjal yang mana liaran darah ke ginjal menurun sehingga dapat menyebabkan proteinuria dan retensi garam dan air (edema).

2.1.5.2 Psikologis

Dengan adanya edema , gangguan visus, sakit kepala , serta nyeri epigastrium yang dirasakan, maka dapat membuat klien merasa takut dan cemas.

2.1.5.3 Sosial

Adanya edema pada dirinya, maka klien akan merasa malu sehingga dapat mengganggu klien dalam berinteraksi,

2.1.5.4 Spiritual

Adanya gangguan visus, sakit kepala, nyeri epigastrium dapat menyebabkan terjadinya perubahan pola dalam beribadah.

2.2 Asuhan keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari empat tahapan yaitu pengkajian , perencanaan, diagnosa keperawatan, pelaksanaan / implementasi dan evaluasi (Lismidar, 1990; ix)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan, diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal pasien , agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat tergantung pada kecermatan dan ketelitian dalam tahap pengkajian. (Lismidar, 1990;1)

Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data , pengelompokan data (Lismidar, 1990 ; 1)

a. Pengumpulan data

1) Identitas

Klien dan suami meliputi: nama , umur, suku , bangsa, pendidikan, alamat, agama, status, penghasilan dan golongan darah.

2) Riwayat penyakit sekarang .

Segala sesuatu yang menjadi keluhan dan pendorong klien pergi ke rumah sakit. Yang perlu dikaji: usia kehamlan. Saat merasakan keluhan, penyakit yang menyertai kehamilan, pembukaan servik, ada tidaknya ketuban, tinggi fondus uteri dan semua hal yang berhubungan dengan keadaan klien sekarang.

3) Riwayat penyakit dahulu

Segala penyakit yang pernah dialami klein misal penyakit menular , hipertensi , jantung , diabetes militus , pre-eklamsia atau eklamsia , persalinan kembar.

4) Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keturunan / menular yang diderita keluarga misalnya hipertensi diabetes militus , jantung , pre-eklamsia atau eklamsia , serta keturunan kembar.

5) Riwayat kebidanan

a.) Menarche

Umur saat menarche , siklus dan lamanya haid, keluhan waktu haid.

b.) Riwayat perkawinan

Kawin umur berapa, berapa lama perkawinan tersebut.

c.) Riwayat kehamilan

Hari pertama haid terakhir dan tanggal perkiraan persalinan.

d.) Riwayat penyakit terdahulu

Meliputi: kehamilan dan persalinan beberapa, jenis dan penolong persalinan, keterangan persalinan, keluarga berencana yang dipakai bila memakainya.

6) Pola – pola fungsi kesehatan

a. pola persepsi dan tata laksana hidup sehat.

Klien dengan pre-eklampsia berat harus memeriksakan pemeriksaan kehamilannya secara teratur dan rutin, apabila kehamilan sudah tua harus dirawat dirumah sakit, dan sebagian besar klien belum mengerti penyakitnya, oleh karena itu perlu penjelasan dan nasehat dari petugas kesehatan termasuk perawat.

b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien yang Pre-eklampsia akan mengalami perubahan pola makan karena klien harus diet rendah garam Hal ini untuk mengurangi tekanan darah dan odema.

c. Pola aktivitas dan latihan

Klien dengan perawatan pre-eklampsia berat aktivitasnya terganggu karena adanya oedema pada anggota geraknya (kaki), selain itu juga karena pemberian cairan parenteral (infus).

d. Pola Eliminasi

Klien dengan pre-eklamsia tidak mengalami perubahan pola eliminasi alvi. Sebaliknya pada eliminasi urine ada keluhan kurang kencing karena produksi urine berkurang, Selain itu juga akan mengalami proteinuria.

e. Pola Tidur dan Istirahat.

Klien dengan pre-eklamsia , tidur dan istirahat sangat diperlukan . Hal ini untuk mencegah terjadinya edema dan eklamsia (kejang) . apabila klien sudah terjadi his maka tidurnya akan terganggu karena keadaan nyerinya.

f. Pola sensori dan kognitif

Klien dengan pre-eklamsia berat , sala satu sensori mengalami gangguan yaitu penglihatan menurun. Hal ini disebabkan tekanan darah meningkat ($\geq 160/110$ mmHg) reflek patela , adakah nyeri. Sedangkan kognitif yaitu sejauh mana klien mengetahui tentang kehamilan dan pemeliharaan kehamilan.

g. Pola Persepsi diri

Persesi klien terhadap dirinya sebelum dan sesudah hamil , sampai dengan masuk rumah sakit .

h. Pola Hubungan dan Peran

Biasanya hubungan dengan keluarga dan masyarakat tidak mengalami gangguan , tetapi peran klien sebagai ibu rumah tangga akan mengalami gangguan , Karena klien dirawat dirumah sakit sehingga meninggalkan tugasnya sebagai ibu rumah tangga.

i. Pola Reproduksi dan seksual.

Klien dengan Pre- eklamsia pola reproduksinya tidak mengalami gangguan , sedangkan pada pola seksualnya mengalami gangguan karena harus mengurangi aktivitas supaya tekanan darah tidak bertambah naik.

j. Pola Penanggulangan Stress

Pada klien dengan Pre-eklamsia berat akan mengalami kecemasan terhadap janin dan bayinya. Juga proses persalinanya , cara penanggulangan biasanya dengan mengungkapkan pada orang terdekatnya atau perawat , atau dengan cara menangis atau dengan cara lain tergantung individu.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Umumnya klien dengan perawatan pre-eklamsia akan selalu beribadah atau berdoa demi keselamatan diri dan janinnya , sehingga perlu bantuan moral dari orang berada disekitarnya.

7) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a. Keadaan Umum

Meliputi; kesadaran , tekanan darah , nadi , pernapasan , suhu tinggi badan dan berat badan.

b. Kepala dan Leher

Biasanya didapatkan oedema pada muka dan palpebra serta gangguan visus, ada tidaknya cloasma gravidaran , leterus , anemis , stomatetis dan caries pada gigi, ada tidaknya pembesaran kelenjar tyroid.

c. Dada

Ada tidaknya pengembangan dan pergerakan dada , ada tidaknya penonjolan puting susu , hiperpigmentasi areola mammae , pembengkokan payudara.

d. Abdomen

Biasanya didapatkan oedema pada perut , bentuk perut , ada tidaknya sikatrik ,linea nigra , sfriae gravidarum. Tinggi fundus uteri , letak punggung janin , jumlah dan frekuensi denyut jantung janin ., seberapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul , ukuran lingkaran panggul

e. Genetalia

Kebersihan , ada tidaknya lendir darah (blood show) yang keluar dari vagina , varises ,edema, pendataran dan pembukaan servik , ketuban serta ada tidaknya sikatrik pada perinew.

f. Anus

Ada tidaknya hemoroid.

g. Punggung

Bentuk punggung , ada tidaknya kiposis , lordosis.

h. Integumen

Meliputi : turgor dan tekstur kulit , ada tidaknya sianosis

i. Muskuluskeletal

Meliputi : pergerakan pada ekstrimitas atas bawah , reflek patela , ada tidaknya atrofi otot , hemiplegi , paraplegi. Biasanya ditemukan edema pada tungkai.

b. Analisa Data

Data yang dikumpulkan , dikelompokkan , diidentifikasi sehingga muncul masalah, diagnosa keperawatan berdasarkan keperawatan urutan prioritas masalah menurut teori abraham maslow , yaitu kebutuhan fisik , rasa aman cinta dan dicintai , harga diri dan perwujudan diri (Lesmidar ,1990 ;7-8)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan.

Suatu pernyataan yang jelas tentang masalah kesehatan pasien , yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan . Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpolasi data yang diperoleh melalui pengkajian data (Lismidar , 1990;12)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien prenatal dengan pre-eklamsia berat adalah sebagai berikut ;

- 1) Gangguan keseimbangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan pre-eklamsia berat (Martin, dkk, 1995, Irene. M. Bobak, dkk, 1995).
- 2) Nyeri berhubungan meningkatnya intensitas dari uterus. (Irene M Bobak Detra Leonardo lowder mille , 1995).
- 3) Cemas berhubungan dengan proses persalinan (Irene M. . Bobak Detra Leonardo lowder mille , 1995)
- 4) Potensial terjadinya kejang berhubungan dengan pre- eklamsia berat. (Antle Moy Katharyu, Laura Rose Mahlmeisfer ,1995)
- 5) Potensial terjadinya asfiksia intra uterine berhubungan dengan gangguan perfusi jaringan plasenta (Antle May Katharayu, Laura Rose Mahlmeisfer,1995)

2.2.3 Perencanaan

Membuat rencana keperawatan dan menentukan pendekatan digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada 3 tahap dalam fase perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan. (Lismidar,1990; 21)

a. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pre-eklamsia berat.

1) Tujuan

Cairan dan elektrolit seimbang

2) Kriteria hasil

a) Intake dan output seimbang

b) Tidak didapatkan adanya oedema

c) Tensi dalam batas normal ($\geq 140/90$ mmHg)

3) Rencana Tindakan

a) Timbang berat badan klien setiap hari dengan waktu, pakaian timbangan yang sama.

b) Periksa tekanan darah dan nadi tiap 4 jam pada posisi dan lengan yang sama.

c) Ukur masukan dan keluaran cairan.

d) Periksa protein urine.

e) Pertahankan diet sesuai dengan pesanan (rendah garam)

f) Berikan cairan intra vena (infus)

- 4) Rasional
 - a. Penimbangan berat badan setiap hari dilakukan untuk mengetahui pertambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi hal tersebut dapat segera melakukan tindakan untuk menanganinya.
 - b. Pengukuran tekanan darah dan nadi tiap 4 jam untuk mengetahui peningkatan tekanan darah secara dini dan dapat melakukan tindakan selanjutnya.
 - c. Mengukur masukan dan keluaran untuk mengetahui keseimbangan cairan antara cairan masuk dan cairan keluar sehingga keseimbangan cairan terkontrol.
 - d. Memeriksa proteinuria untuk memantau kenaikan proteinuria bila menunjukkan peningkatan mengarah pada eklampsia.
 - e. Mempertahankan diet (rendah garam) berguna untuk mengurangi retensi garam dan air yang menyebabkan oedema.
 - f. Pemberian cairan intra vena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit.
- b. Nyeri berhubungan dengan meningkatnya intensitas uterus ditandai dengan klien menyeringai menahan sakit , perut teraba keras , his semakin kuat .
 - 1) Tujuan;

Klien menerima akan keadaan nyeri yang dialami adalah fisiologis terjadi pada klien yang akan melahirkan .
 - 2) Kriteria hasil
 - a) Klien mengerti tanda –tanda akan melahirkan .
 - b) Klien tidak menanyakan lagi mengapa terjadi sangat nyeri.

3) Rencana Tindakan

- a) Berikan penjelasan pada klien tentang sebab nyeri yang dialami (nyeri saat melahirkan)
- b) Anjurkan teknik relaksasi dan teknik distraksi.
- c) Bantu klien mendapatkan posisi tidur yang aman & nyaman

4) Rasional.

- a) Dengan penjelasan klien mengerti akan sebab – sebab nyeri yang dialami lazim terjadi pada seseorang yang akan melahirkan.
- b) Dengan relaksasi maka otot –otot abdomen akan rileks sehingga nyeri yang dialami merasa berkurang . Dengan distraksi maka konsentrasi klien terhadap nyeri yang dirasakan akan berkurang sehingga nyeri yang dirasakanpun berkurang.
- c) Dengan posisi tidur yang aman akan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

c. Cemas berhubungan dengan proses persalinan

1) Tujuan

Cemas berkurang.

2) Kriteria hasil

- a) Klien dapat mengungkapkan cemasnya.
- b) Klien tidak gelisah.

3) Rencana tindakan

- a) Kaji perasaan cemas klien.
- b) Berikan informasi tentang kondisi klien.
- c) Penjelasan tentang prosedur persalinan.

- d) Anjurkan pada klien untuk berdoa atau beribadah sesuai dengan kepercayaannya.
- 4) Rasional
- a) Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan persaananya, mungkin dengan cara ini dapat mengurangi rasa cemas klien.
 - b) Memberikan informasi tentang kondisi dan setiap kita akan melakukan tindakan dapat mengurangi rasa cemas klien.
 - c) Dengan memberi penjelasan prosedur persalinan diharapkan klien dapat mengerti sehingga dapat membantu lancarnya persalinan.
 - d) Dengan berdoa atau beribadah dapat membuat hati dan pikiran klien tenang.
- d. Potensial terjadinya kejang berhubungan dengan pre-eklamsia berat ditandai dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg
- e. 1) Tujuan
- Kejang tidak terjadi.
- 2.) Kriteria hasil
- a) Tekanan darah normal kembali ($\geq 140/90$ mmHg)
 - b) Tidak terjadi kejang pada klien
 - c) Hiperefleksia berkurang atau hilang
- 3.) Rencana tindakan
- a) Kaji reflek patella
 - b) Tidur baring kiri dan terlentang setiap dua jam dikamar yang terang
 - c) Berikan pengobatan ssi dengan program dokter
 - d) Pantau reaksi pemberian obat.

- e) Jelaskan efek samping pemberian obat
- f) Observasi gejala cardinal.

4.) Rasional

- a) Sebelum pemberian obat ($MgSO_4$) reflek patela harus positif dan untuk mengetahui gejala dini timbulnya kejang .
 - b) Tirah baring miring & terlentang untuk mengurangi tek.vena inferior yang dapat meningkatkan aliran darah ke ginjal dan meningkatkan pula aliran dara ke rahim sehingga menurunkan vasospasmus , memperbaiki keadaan atau kondisi janin.
 - c) Pemberian obat untuk mencegah terjadinya kejang dan perdarahan otak.
 - d) Komplikasi dari pemberian obat ($MgSO_4$) adalah intoksikasi yang biasanya ditandai dengan respirasi kurang dari 22 ^s/menit. Urine kurang dari 30 ml/hari atau 1 cc / kg BB jam.
 - e) Efek samping dari pemberian obat $MgSO_4$ diantaranya rasa panas seluruh tubuh , pusing mual dan sesak sehingga dapat mencemaskan klien.
 - f) Observasi tanda – tanda vital untuk mengetahui gejala dini sehingga dapat melakukan tindakan selanjutnya.
- g. Potensial terjadinya aspiksia intrauteria berhubungan dengan gangguan perfusi jaringan plasenta.

1.) Tujuan

Aspiksia intra uterina tidak terjadi

2.) Kriteria hasil

- a) Denyut jantung janin normal (120- 140 ^x/menit).
- b) Gerakan janin aktif

3.) Rencana tindakan

- a) Observasi denyut jantung janin dan gerakan janin tiap 15 menit.
- b) Kaji tanda- tanda persalinan dan terjadinya Solotio plasenta.
- c) Atur posisi klien miring ke kiri

4.) Rasional

- a.) Observasi denyut jantung janin bila kurang dari 120 ^x/menit atau lebih 160 ^x/menit dan pergerakan menurun yang menunjukkan adanya tanda gawat janin yang harus segera diketahui untuk segera dapat melakukan tindakan.
- b.) Tanda – tanda persalinan harus segera diketahui bila tidak ada kemajuan segera dilakukan tindakan. Bila tidak segera dilakukan akan terjadi hipoksida janin dan menjadi kematian janin.
- c.) Posisi miring ke kiri untuk menghindari dari penekanan vena cava yang dapat menyebabkan aliran darah ke plasenta terhambat yang dapat berakibat hipoksia janin dan kematian janin.

2.2.4. Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yang meliputi tindakan independent., dependent seta interdependent dalam fase pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan yaitu

validasi rencana keperawatan, memberikan asuhan keperawatan dan mengumpulkan data (Lismindar, 1990 ; 60).

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan . Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus melibatkan klien , Perawat dan anggota tim kesehatan lain. Tujuan evaluasi untuk menilai apakah tujuan dalam rencana tindakan keperawatan telah tercapai atau tidak , atau timbul masalah baru serta untuk melaksanakan pengkajian ulang (H. Lismindar , 1990)