

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 HASIL**

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

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Islam (RSI) Darus Syifa' yang terletak di Jl. Raya Benowo No. 05 Desa Benowo Kecamatan Pakal Kota Surabaya dan Provinsi Jawa Timur. RSI Darus Syifa' adalah rumah sakit swasta kelas C yang diresmikan pada tanggal 10 Maret 2003. Pelayanan Penunjang terdapat Laboratorium Patologi Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi, X-Ray, USG, ECG, Konsultasi Gigi, Farmasi. Fasilitas ruangan terdapat UGD 24 Jam, Kamar Bedah, ICU, NICU, dan Ruang OK. Pelayanan Rawat Jalan Poli Umum, Poli Penyakit Dalam, Poli Syaraf, Poli Paru, Poli Jantung, Poli Anak, Poli Kebidanan dan Kandungan, Poli THT, dan Poli Mata. Rawat Inap Umum, Rawat Inap Bedah, Rawat Inap Anak.

##### **4.1.2 Pengkajian**

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

###### **Klien 1, (tanggal 30 Juni 2016, jam 13.00 WIB)**

Ny. A umur 43 tahun jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat Bendil Jaya, suku Jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, nomer rekam medis 1154xx. Penanggung jawab Tn. S umur 45 tahun, tanggal masuk rumah sakit 30 Juni 2016 pukul 11.15 WIB dengan

Diagnosa Medis GIVP30003 PEB di ruang Kamar Bersalin, sumber informasi dari Klien dan Keluarga Klien.

**Klien 2, ( tanggal 31 Juni 2016, jam 07.10 WIB )**

Ny. D umur 35 tahun jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat Mojo 1 , suku Jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir Diploma dan pekerjaan Guru, nomer rekam medis : 1415xx. Penanggung jawab : Tn. K umur 38 tahun, tanggal masuk rumah sakit 31 Juni 2016 pukul 06.30 WIB dengan Diagnosa Medis GIVP30003 Fetal Distress + PEB di ruang Kamar Bersalin.

**2. Keluhan Utama**

**Klien 1** : klien mengatakan kenceng-kenceng pada perut

**Klien 2** : klien mengatakan kenceng-kenceng pada perut.

**3. Riwayat Kesehatan Penyakit Sekarang**

**Klien 1 :**

Ny. A mengatakan perut terasa kenceng-kenceng, pada vagina keluar lendir sedikit dengan kondisi kepala pusing pada dahi, kaki dan tangan bengkak. Klien pergi ke Puskesmas dengan usia kehamilan 39 minggu, setelah dilakukan pemeriksaan klien terjadi tekanan darah tinggi disertai bengkak pada kaki dan tangan. Puskesmas memberikan surat rujukan untuk di bawa ke RSI Darus Syifa'. Klien datang ke Poli Kandungan RSI Darus Syifa' tanggal 30 Juni 2016 pukul 11.15 WIB setelah dilakukan pemeriksaan dan cek laboratorium didapatkan tekanan darah tinggi dan terjadi Proteinuri (++) lalu Klien dirawat di Ruang Bersalin untuk tindakan lebih lanjut.

**Klien 2 :**

Ny. D mengatakan perut terasa kenceng-kenceng, pada vagina keluar darah dan lendir sedikit dengan kondisi badan lemas, kepala pusing, wajah, tangan dan kaki bengkak. Klien pergi ke BPS setelah dilakukan pemeriksaan klien terjadi tekanan darah tinggi disertai wajah, tangan, dan kaki bengkak. BPS memberikan surat rujukan untuk di bawa ke RSI Darus Syifa'. Klien datang ke Ruang Bersalin RSI Darus Syifa' tanggal 31 Juni 2016 pukul 03.30 WIB setelah dilakukan pemeriksaan dan cek laboratorium didapatkan tekanan darah tinggi dan terjadi Proteinuri (++++) lalu Klien dirawat di Ruang Bersalin untuk tindakan lebih lanjut.

**4. Riwayat Kehamilan Sekarang****Klien 1 :**

Klien datang dengan keluhan kontraksi sering sejak tanggal 30 Juni 2016 Pukul 11.00, frekuensi kontraksi 2x dalam 10 menit, lamanya 40 detik, lokasi ketidaknyamanan punggung. Pengeluaran pervagina lendir, air ketuban tidak ada. Pada saat pemeriksaan VT dilakukan di temukan hasil pembukaan sudah 1 cm. HPHT 25 September 2015 siklus haid 28 lamanya 4 hari, ANC teratur frekuensi 12x di Puskesmas keluhan lain seperti pusing dan tekanan darah tinggi. Pergerakan janin pada 24 jam terakhir untuk makan dan minum terakhir pukul 09.00 jenis makanan nasi, lauk pauk dan teh manis dalam jumlah sedikit, BAK terakhir jam 09.00, BAB terakhir jam 05.00, psikologis klien tampak cemas dengan kondisinya sekarang.

**Klien 2 :**

Klien datang dengan keluhan kontraksi sering sejak tanggal 31 Juni 2016 Pukul 03.30 , frekuensi kontraksi 3x dalam 10 menit, lamanya 40 detik, lokasi ketidaknyamanan kepala, nyeri ulu hati, punggung. Pengeluaran pervagina darah, lendir sekitar 100cc air ketuban warna jernih sekitar 50cc. Riwayat kehamilan sekarang siklus haid 35 lamanya 6 hari, ANC tidak pernah dilakukan. Pergerakan janin pada 24 jam terakhir untuk makan dan minum terakhir pukul 22.00 WIB jenis makanan nasi, lauk pauk, buah dan air putih dalam jumlah sedikit, BAK terakhir jam 01.00, BAB terakhir tanggal 30 Juni 2016 jam 09.00, psikologis klien tampak cemas dengan kondisinya sekarang.

## 5. Riwayat Kesehatan dan Persalinan Yang Lalu

### 1. Klien pertama :

Ny. A mengatakan saat hamil yang lalu 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. A

N O.	Umur	Tgl Lahir	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Bayi		
						BB	TB	Jenis
1	19 th	19-07-1997	Normal	BPS	Bidan	3000 gr	49cm	P
2	15 th	26-10-2000	Normal	BPS	Bidan	3400 gr	52cm	P
3	8 th	8-02-2008	Normal	RS	Bidan	3000 gr	50cm	L
4	39 mgg	2016	Hamil ini	-	-	-	-	-

2. Klien kedua :

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

TABEL 4.2. Riwayat Kehamilan dan Nifas yang lalu Ny. D

N O.	Umur	Tgl Lahir	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Bayi		
						BB	TB	Jenis
1	9 th	9-04-2007	Normal	RS	Bidan	2000 gr	50cm	L
2	2,5 th	24-04-2000	Normal	RS	Bidan	2700 gr	49cm	P
3	14 bln	16-05-2015	Normal	RS	Bidan	3400 gr	50cm	L
4	38 mgg	2016	Hamil ini	-	-	-	-	-

## 6. Riwayat Kesehatan Keluarga

### Klien 1 :

Ny. A mengatakan saat hamil pertama dan ketiga tidak pernah mengalami penyakit Pre Eklamsi Berat ,dalam keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit DM, dalam keluarga tidak memiliki penyakit HT, Jantung, asma maupun penyakit turunan lainnya.

### Klien 2 :

Ny. D mengatakan saat hamil pertama dan ketiga tidak pernah mengalami penyakit Pre Eklamsi Berat dalam keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit

HT, dalam keluarga tidak memiliki penyakit DM, Jantung, asma maupun penyakit turunan lainnya.

## **7. Pemeriksaan Fisik Pada Klien Pertama**

Keadaan umum klien tampak lemas, edema pada pergelangan tangan dan kaki, kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6. Observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah : 166/100 mmHg MAP = 122 Nadi = 70x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 21x/mnt.

### **a) Kepala/muka**

Bentuk kepala simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, tidak terdapat edema pada wajah.

### **b) Leher**

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

### **c) Mata**

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

### **d) Dada**

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

### **e) 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.

**f) Abdomen**

Inspeksi : Abdomen gantung, melebar dan tegang, Striige gravidarum

didapatkan linea nigra, tidak ada bekas jahitan operasi

Perkusi : Terdengar Tymphani

Palpasi : HIS frekuensi 2x dalam 10 menit lamanya 40 detik, tidak terjadi nyeri epigastrium

L I = Teraba fundus uteri 3 jari dibawah proc xyphoideus, teraba massa lunak, tinggi fundus uteri 31cm.

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

L III = Teraba keras bulat, Kepala sudah tidak bisa digerakkan berarti sudah masuk PAP

L IV = Perabaan tangan divergen (kedua tangan bertemu atau masuk PAP) bagian terbawah janin, janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP).

Auskultasi : DJJ = 140x/mnt.

**g) Muskuluskeletal**

Terjadi edema pada ekstermitas atas dan bawah, refleks hiperaktif pada sendi pergelangan kaki, akral hangat, pergerakan ekstremitas atas dan bawah bisa di gerakkan, terpasang infus RL 500 cc ( Tangan Kiri ) 21 tpm.

**h) 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, tidak terjadi sianosis, CRT kurang dari 3 atau normal, turgor kulit 2 detik atau lambat.

**i) Genetalia**

Pada perinium terdapat bekas robekan atau bekas episiotomi, tidak ada lesi dan tidak ada luka, perineum kemerahan.

**j) Vulva atau vagina**

Kebersihan genetalia cukup, Pemeriksaan dalam pukul 15.38 pembukaan serviks 3-4cm serviks menjadi lembek, mendatar dan membuka bersamaan keluar lendir bercampur darah, ketuban jernih.

**k) Anus**

Tampak normal, tidak ada iritasi di daerah anus, tidak ada hemorid, tidak ada bekas jahitan.

**1) Pemeriksaan Penunjang tanggal 30 Juni 2016 pukul 11.45**

TABEL 4.3 : Hasil Laboratorium Ny. A

No	Parameter	Result	Ref. Range
1.	Haemoglobin	12,7	L: 13,0-16,0 g% P: 11,5-16,0 g%
2.	Leukosit	5.400	4000-11000 sel/cmm
3.	Trombosit	152.000	150000-450000 sel/cmm
4.	Hematocrit	37	L: 40-54 % P: 35-47 %
5.	Eritrosit	4.3	L: 4,5-6,5 juta/cmm P: 3,0-6,0 juta/cmm
6.	Protein Urine	Pos (++)	Negatif (-)
7.	Gula darah acak	70	100-150 mg/dl
8.	HBS Ag	Negatif	Negatif
9.	LED	80/100	20-40/100

**2) Terapi tanggal 30 Juni 2016 Pukul 11.30**

a. Cairan infus Glukosa D5 : RL = 2 : 1



- b. Dosis awal 4gr MgSO<sub>4</sub> 20% dalam 20cc per IV dilanjut dengan 2,5gr MgSO<sub>4</sub> 40% pada bokong kiri, kemudian dosis lanjutan 5gr MgSO<sub>4</sub> 40% per 6 jam selama 24 jam pasca persalinan
- c. Cefotaxim 3x1gr
- d. Ondansentron 8 mg
- e. Ranitidin 50mg.

### **8. Pemeriksaan Fisik Klien Kedua**

Keadaan umum klien tampak lemas, edema pada wajah, pergelangan tangan dan kaki, kesadaran apatis (acuh tak acuh), GCS 4-5-6. Observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah : 173/100 mmHg MAP = 124,3 Nadi = 80x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 20x/mnt.

#### **a) Kepala/muka**

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

#### **b) Leher**

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

#### **c) Mata**

Bentuk mata Simetris, konjungtiva pucat (anemis), sklera putih, kornea hitam.

#### **d) Dada**

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

**e) 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.

**f) Abdomen**

Inspeksi : Abdomen gantung, melebar dan tegang, Striase gravidarum

didapatkan linea nigra, tidak ada bekas jahitan operasi, , teraba gerakan janin

Perkusi : terdengar tymphani

Palpasi : HIS frekuensi 3x dalam 10 menit lamanya 40 detik, terjadi nyeri epigastrium

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

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

L III = teraba keras bulat, Kepala sudah tidak bisa digerakkan berarti sudah masuk PAP.

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

Auskultasi : DJJ = 146x/mnt

**g) Muskuluskeletal**

Terjadi edema pada ekstermitas atas dan bawah, refleks hiperaktif pada sendi pergelangan kaki, akral hangat, pergerakan ekstremitas atas dan bawah bisa di gerakkan, terpasang infus Glukosa D5 500 cc (Tangan Kiri) 21 tpm.

**h) 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, tidak terjadi sianosis, CRT 4 detik atau lambat, turgor kulit 2 detik atau lambat.

**i) Genetalia**

Pada perinium terdapat bekas robekan atau bekas episiotomi

**j) Vulva atau vagina**

Kebersihan genetalia cukup, pemeriksaan dalam pukul 08.15 pembukaan serviks 5-6cm serviks menjadi lembek, mendatar dan membuka bersamaan keluar lendir bercampur darah, ketuban jernih.

**k) Anus**

Tampak normal, tidak ada iritasi di daerah anus, tidak ada hemorid, tidak ada.

**1) Pemeriksaan Penunjang tanggal 31 Juni 2016 pukul 06.00**

TABEL 4.4 : Hasil Laboratorium Ny. D

No	Parameter	Result	Ref. Range
1.	Haemoglobin	7,7	L: 13,0-16,0 g% P: 11,5-16,0 g%
2.	Leukosit	11.600	4000-11000 sel/cmm

3.	Trombosit	239.000	150000-450000 sel/cmm
4.	Hematocrit	30	L: 40-54 % P: 35-47 %
5.	Eritrosit	3,8	L: 4,5-6,5 juta/cmm P: 3,0-6,0 juta/cmm
6.	Protein Urine	Pos (+++)	Negatif (-)
7.	Gula darah acak	145	100-150 mg/dl
8.	HBS Ag	Negatif	Negatif
9.	LED	95/100	20-40/100

## 2) Terapi tanggal 31 Juni 2016 Pukul 06.50

- a. cairan infus Glukosa D5 : RL = 2 : 1
- b. Dosis awal 4gr MgSO<sub>4</sub> 20% dalam 20cc per IV dilanjut dengan 2,5gr MgSO<sub>4</sub>40% pada bokong kiri, kemudian dosis lanjutan 5gr MgSO<sub>4</sub> 40% per 6 jam selama 24 jam pasca persalinan
- c. Cefotaxim 3x1gr
- d. Ondansentron 8 mg
- e. Ranitidin 50mg.

### 4.1.3 Analisis Data

1. Analisa data pada klien pertama Ny. A 43 tahun

Tanggal 30 Juni 2016

- a. **Data Subyektif** : Klien mengatakan pusing, nyeri pada tekuk kepala, pergelangan tangan dan kaki bengkak.

**Data Obyektif** : Keadaan 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 54 Kg, dalam 1 minggu terjadi peningkatan BB 1 kg, sejak pukul 10.00-13.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 800ml, cairan yang keluar (output) = 250ml

$$IWL = (15 \times 56 \text{ Kg}) / 24 \text{ jam} = 840 \text{ cc} / 24 \text{ jam}$$

$$IWL = 840 \text{ cc} / 24 \text{ jam} = 35 \text{ cc} / \text{jam}$$

$$IWL = 35 \text{ cc} \times 3 \text{ jam} = 105 \text{ cc} / 3 \text{ jam}$$

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

$$\text{BC} = 800 \text{ ml} - (250 \text{ ml} + 105 \text{ ml}) = 445 \text{ ml}$$

TD = 166/100 mmHg MAP = 122 N = 70x/mnt RR = 21 x/mnt S = 36,2°C. Rencana dilakukan tindakan SC tanggal 30 Juni 2016 Pukul 15.45

**Etiologi** : Penurunan aliran daerah ginjal dan GFR (laju filtrasi glomerulus)

**Masalah Keperawatan** : Kelebihan Volume Cairan

- b. Data Subyektif** : Klien mengatakan sangat khawatir dengan keadaannya karena badan terasa lemas dan terasa pusing

**Data Obyektif** : Klien tampak wajah tegang, cemas, gelisah dengan kondisi sekarang

**Etiologi** : Takut pada kondisi yang dialami sekarang ini

**Masalah Keperawatan** : Ansietas

- c. Data Subyektif** : Klien mengatakan tidak tahu penyakit seperti ini karena sebelumnya saat hamil tidak terjadi pusing, pergelangan tangan dan kaki bengkak.

**Data Obyektif** : Klien menanyakan tentang penyakit yang dialaminya, dan Klien selalu bertanya tentang penyebab penyakitnya

**Etiologi** : Kurangnya informasi tentang kehamilan dengan pre eklampsi berat

**Masalah Keperawatan** : Defisiensi Pengetahuan

2. Analisa data pada klien kedua Ny. D 35 tahun

Tanggal 31 Juni 2016

**a. Data Subyektif** : Klien mengatakan badan terasa lemas dan badan terasa bengkak seperti di wajah, pergelangan tangan dan kaki.

**Data Obyektif** : Keadaan umum klien lemah, kesadaran apatis (acuh tak acuh), GCS 4-5-6, Klien tampak gelisah, terdapat edema pada wajah, pergelangan tangan dan kaki, tidak ada sesak nafas, BB = 61

Kg, sejak pukul 00.00-07.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 1000ml, cairan yang keluar (output) = 300ml,

$$IWL = (15 \times 61 \text{Kg}) / 24 \text{ jam} = 915 \text{cc}/24 \text{jam}$$

$$IWL = 915 \text{cc}/24 \text{ jam} = 38 \text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 38 \text{cc} \times 7 \text{jam} = 266 \text{cc}/7 \text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 1000 \text{ml} - (300 \text{ml} + 266 \text{ml}) = 434 \text{ml}$$

TD = 173/100 mmHg MAP = 124,3 N = 70x/mnt RR = 20 x/mnt S = 36,5°C. Rencana dilakukan tindakan SC tanggal 31 Juni 2016 Pukul 09.10

**Etiologi** : Penurunan aliran daerah ginjal dan GFR (laju filtrasi glomerulus)

**Masalah Keperawatan** : Kelebihan Volume Cairan

**b. Data Subyektif :** Klien mengatakan pusing pada dahi sampai ke belakang dan tidak pernah periksa kehamilan.

**Data Obyektif :** Terjadi oedem pada pergelangan kaki, klien tidak melakukan ANC dan tidak mengonsumsi vitamin dan zat besi, Konjungtiva anemis, TD = 173/100 mmHg MAP = 124,3mmHg CRT > 3 dtk, Hasil Lab HB 7,7 g%

**Etiologi :** Anemia Defisiensi Besi

**Masalah Keperawatan :** Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

**c. Data Subyektif :** Klien mengatakan keluar lendir bercampur darah

**Data Obyektif :** Cairan ketuban yang keluar dari vagina berwarna jernih, tidak berbau. Pembukaan serviks 5-6cm serviks menjadi lembek, mendatar dan membuka bersamaan keluar lendir bercampur darah. Terdapat kencing-kencing (HIS) yang terjadi pada klien. Hasil Lab Leukosit = 11.600 sel/cmm

**Etiologi :** Ketuban pecah dini

**Masalah Keperawatan :** Risiko Infeksi

#### 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

##### **Klien Pertama :**

1. Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini
3. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi

##### **Klien Kedua :**

1. Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang faktor pemberat
3. Risiko Infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini

#### **4.1.5 Intervensi Keperawatan**

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

**Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi**

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan.

Kriteria Hasil :

1. Terbebas dari edema, dan efusi pleura
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. 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.

2. Kaji lokasi dan luas edema

Rasional : Keadaan edema merupakan indikator keadaan cairan dalam tubuh

3. 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 respons dari kardiovaskuler.

4. Timbang berat badan klien secara rutin setiap pagi

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

5. Lakukan pemasangan kateter sebelum dilakukan tindakan pembedahan.

Rasional : untuk mengosongkan kandung kemih sebelum dan sesudah pembedahan, dan memantau pengeluaran urine pada klien

6. Batasi masukan cairan dan diet rendah garam

Rasional : Agar tidak terjadi keparahan pada klien sehingga tidak terjadi pada edema paru

7. Anjurkan posisi miring

Rasional : Untuk mencegah tekanan dari janin pada vena kava

inferior dan aorta, posisi ini meningkatkan sirkulasi ibu dan janin.

8. Berikan support system pada ibu

Rasional : Ibu dapat mempunyai motivasi untuk menghadapi keadaan yang sekarang secara lapang dada sehingga dapat membawa ketenangan hati

9. Berikan cairan IV sesuai program

Rasional : Meskipun terdapat kelebihan volume cairan didalam jaringan, sistem intravaskuler kekurangan cairan. Bila ibu mulai mengalami perdarahan (misalnya sindrom HELLP, DIC) hipovolemia dapat terjadi dengan cepat akibat volume cairan intravaskuler yang telah rendah sebelumnya. Penggantian volume cairan berdasarkan pada haluaran urine dan kehilangan cairan yang tidak disadari.

10. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian diuretik

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

**2. Klien kedua**

**Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi**

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan.

Kriteria Hasil :

1. Terbebas dari edema, dan efusi pleura
2. Vital sign dalam batas normal

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

MAP : 80 – 100 mmHg

Nadi : 60 – 100 x/mnt

3. Terjadi keseimbangan intake dan output

Intervensi

1. 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.

2. Kaji lokasi dan luas edema

Rasional : Keadaan edema merupakan indikator keadaan cairan

dalam tubuh

3. 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 respons dari kardiovaskuler.

4. Timbang berat badan klien secara rutin setiap pagi

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

5. Lakukan pemasangan kateter sebelum dilakukan tindakan pembedahan.

Rasional : untuk mengosongkan kandung kemih sebelum dan sesudah pembedahan, dan memantau pengeluaran urine pada klien

6. Batasi masukan cairan dan diet rendah garam

Rasional : Agar tidak terjadi keparahan pada klien sehingga tidak terjadi pada edema paru

7. Observasi tanda dan gejala infeksi (peningkatan suhu, jumlah secret atau darah yang keluar dan bau)

Rasional : Untuk mengetahui adanya bakteri, jamur atau virus yang mengakibatkan resiko infeksi

8. Anjurkan posisi miring

Rasional : Untuk mencegah tekanan dari janin pada vena kava inferior dan aorta, posisi ini meningkatkan sirkulasi ibu dan janin.

9. Berikan oksigen sesuai program

Rasional : Untuk meningkatkan oksigenasi yang adekuat pada jaringan ibu dan janin

#### 10. Berikan cairan IV sesuai program

Rasional : Meskipun terdapat kelebihan volume cairan didalam jaringan, sistem intravaskuler kekurangan cairan. Bila ibu mulai mengalami perdarahan (misalnya sindrom HELLP, DIC) hipovolemia dapat terjadi dengan cepat akibat volume cairan intravaskuler yang telah rendah sebelumnya. Penggantian volume cairan berdasarkan pada haluaran urine dan kehilangan cairan yang tidak disadari.

#### 11. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian diuretik

Rasional : Digunakan dengan perhatian untuk mengontrol edema.

Menghambat efek aldosteron, meningkatkan ekskresi air sambil menghemat kalium, bila terapi konservatif dengan tirah baring dan pembatasan natrium tidak mengatasi.

### 4.1.6 Implementasi Keperawatan

#### 1. Pada Klien pertama Ny. A umur 43 tahun

##### **Pelaksanaan tanggal 30 Juni 2016**

1. Pukul 13.00 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 ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

2. Pukul 13.30 mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

Respon : sejak pukul 00.00-07.00 intake (infus : 250 ml minum air

putih dan teh manis hangat :550 ml) = 800ml , output (BAK  
3x) = 250ml.

IWL = 915cc/24 jam = 38cc/jam

IWL = 38cc x 7jam = 266cc/7jam

BC = 1000ml – (300ml +266ml) = 434ml

3. Pukul 13.35 mengkaji lokasi dan luas edema

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

4. Pukul 13.40 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 166/100 mmHg MAP =

122mmHg Nadi = 70x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 21x/mnt

5. Pukul 13.45 memberikan si injeksi IV 4gr MgSO<sub>4</sub>20% 20cc selama 8

menit, Rute IV : Ondansentron 8mg , Rute IV : Ranitidin 50mg, dan  
Rute IV : Cefotaxim 1gr

Respon : Klien kooperatif terhadap tindakan keperawatan dan tidak  
terjadi alergi obat

6. Pukul 13.50 menimbang BB klien

Respon : Berat badan klien 56 kg

7. Pukul 13.53 memberikan motivasi pada ibu dalam menghadapi  
keadaan yang sekarang secara lapang dada sehingga dapat membawa  
ketenangan hati dan pikiran.

Respon : klien kooperatif dan sedikit tenang

8. Pukul 13.55 mempersiapkan peralatan kateter dan memasang kateter

Respon : Klien kooperatif, Kateter Ukuran 14, isi balon 15cc, produksi

urine dalam urine bag 200ml

9. Pukul 14.05 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 160/100 mmHg MAP =  
120mmHg Nadi = 78x/mnt Suhu = 36,8°C RR = 21x/mnt

10. Pukul 14.15 menganjurkan klien untuk posisi miring

Respon : Klien tidur dengan posisi miring

11. Pukul 15.35 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 155/100 mmHg MAP =  
118,3 mmHg Nadi = 82x/mnt Suhu = 36,8°C RR = 20x/mnt

12. Pukul 15.40 mengantarkan klien ke Ruang Operasi dan menganjurkan klien untuk berdoa agar diberikan kelancaran

13. Pukul 20.00 memindahkan pasien dari ruang Recovery Room ke Ruang Tulip

14. Pukul 20.05 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 148/90 mmHg MAP =  
109,3 mmHg Nadi = 90x/mnt Suhu = 36,0°C RR = 18x/mnt

### **Pelaksanaan tanggal 31 Juni 2016**

1. Pukul 10.00 menyapa klien dan keluarga klien, mengucapkan salam, dan menyebutkan nama

Respon : Klien dan keluarga tersenyum dan membalas salam

2. Pukul 10.05 menanyakan keadaan klien

Respon : Klien mengatakan kepala masih pusing, pergelangan tangan sudah tidak bengkak, hanya punggung kaki kanan.

3. Pukul 10.10 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 140/100 mmHg MAP =

113,3mmHg Nadi = 80x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 21x/mnt

4. Pukul 10.15 mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

Respon : sejak pukul 06.00-10.00 intake ( infus : 250 ml minum air putih dan teh manis hangat

: 250ml) = 500ml , output (produksi urine) = 250ml

$IWL = 15 \times 50Kg = 750cc/24 \text{ jam}$

$IWL = 750cc/24 \text{ jam} = 31cc/jam$

$IWL = 31cc \times 4jam = 124cc/4jam$

Balance Cairan (BC) = Intake – (Output+IWL)

$BC = 500ml - (250ml + 124ml) = 126ml$

5. Pukul 10.20 mengkaji lokasi dan luas edema

Respon : terjadi edema pada punggung pergelangan kaki kanan.

6. Pukul 10.25 menganjurkan klien untuk membatasi cairan yang masuk dan diet rendah garam

Respon : Klien dan Keluarga kooperatif dan memahaminya, Klien

habis 1 porsi bubur kasar diet rendah garam yang disediakan oleh RS.

7. Pukul 11.55 mengganti cairan infus

Respon : terpasang cairan infus RL 500cc dengan tetesan 21 tpm

8. Pukul 12.00 memberikan injeksi IV Ketorolac 30mg

Respon : Klien kooperatif terhadap tindakan keperawatan dan tidak terjadi alergi obat

9. Pukul 12.20 mempersiapkan peralatan untuk aff kateter

Respon : Klien kooperatif, isi balon 15cc



10. Pukul 12.30 menganjurkan untuk mobilisasi bertahap (duduk, berdiri dan berjalan)

Respon : Klien belajar mobilisasi duduk tanpa bantuan dari keluarga

11. Pukul 12.40 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 130/90 mmHg MAP =

103,3 mmHg Nadi = 86x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 20x/mnt

12. Pukul 12.45 meminta ijin melihat buku rekam medis, hasil laboratorium kepada perawat ruangan

### **Pelaksanaan tanggal 01 Juli 2016**

1. Pukul 07.00 menyapa klien dan keluarga klien, mengucapkan salam, dan menyebutkan nama

Respon : Klien dan keluarga tersenyum dan membalas salam

2. Pukul 07.05 menanyakan keadaan klien

Respon : Klien mengatakan kepala sudah tidak pusing, punggung kaki kanan hanya bengkak sedikit.

3. Pukul 07.10 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 130/80 mmHg MAP = 96,6

mmHg Nadi = 84x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 21x/mnt

4. Pukul 07.15 mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

Respon : sejak pukul 04.00-07.00 intake (minum air putih dan susu) =

400ml , output (BAK 2X) = 250ml

IWL = 15 x 50Kg = 750cc/24 jam

IWL = 750cc/24 jam = 31cc/jam

IWL = 31cc x 3jam = 93cc/3jam

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

$$\text{BC} = 400\text{ml} - (250\text{ml} + 93\text{ml}) = 57\text{ml}$$

5. Pukul 07.20 mengkaji lokasi dan luas edema

Respon : terjadi edema pada punggung pergelangan kaki kanan sedikit.

6. Pukul 07.23 menimbang BB klien

Respon : Berat badan klien 50 kg

7. Pukul 07.25 menganjurkan klien untuk membatasi cairan yang masuk dan diet rendah garam

Respon : Klien dan Keluarga kooperatif dan memahaminya, Klien

habis 1 porsi nasi diet rendah garam yang disediakan oleh RS.

8. Pukul 07.30 meminta izin melihat buku rekam medis, kepada perawat ruangan

9. Pukul 10.40 memberikan pengetahuan dan paparan informasi ibu hamil tentang cara mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan pre eklampsi berat.

Respon : Klien dan Keluarga memahaminya dan terjadi umpan balik yang baik

10. Pukul 11.00 menganjurkan untuk kontrol ke RS pada tanggal 13 Juli 2016 Pukul 10.00 sesuai dengan advis dokter.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan mengucapkan terima kasih

**2. Pada Klien kedua Ny. D umur 35 tahun**

**Pelaksanaan tanggal 31 Juni 2016**

1. Pukul 07.10 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 07.15 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 173/100 mmHg MAP = 124,3 mmHg Nadi = 80x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 20 x/mnt.

3. Pukul 07.20 menimbang BB klien

Respon : Berat badan klien 61 kg

4. Pukul 07.22 memberikan oksigen

Respon : Klien tampak rileks, diberikan oksigen nasal canul dengan dosis 3lpm.

5. Pukul 07.25 mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

Respon : sejak pukul 00.00-07.00 asupan cairan yang masuk (intake) =

1000ml, cairan yang keluar (output) = 300ml,

$IWL = (15 \times 61 \text{Kg}) / 24 \text{ jam} = 915 \text{cc} / 24 \text{jam}$

$IWL = 915 \text{cc} / 24 \text{ jam} = 38 \text{cc} / \text{jam}$

$IWL = 38 \text{cc} \times 7 \text{jam} = 266 \text{cc} / 7 \text{jam}$

Balance Cairan (BC) = Intake – (Output+IWL)

$BC = 1000 \text{ml} - (300 \text{ml} + 266 \text{ml}) = 434 \text{ml}$

6. Pukul 07.28 melakukan Observasi tanda dan gejala infeksi (peningkatan suhu, jumlah secret atau darah yang keluar dan bau)

Respon : Suhu Klien =  $36,8^{\circ}\text{C}$  , Jumlah secret dan darah yang keluar sekitar 200cc, warna ketuban jernih dan tidak ada bau menyengat

7. Pukul 07.30 mengkaji lokasi dan luas edema

Respon : terjadi edema pada wajah, punggung pergelangan tangan kanan-kiri dan kaki kanan-kiri

8. Pukul 07.32 memberikan oksigenasi

Respon : Klien terpasang nasal canul dengan dosis 3lpm

9. Pukul 07.45 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 170/100 mmHg MAP = 123,3 mmHg Nadi = 88x/mnt Suhu =  $36,8^{\circ}\text{C}$  RR = 19x/mnt

10. Pukul 08.10 mempersiapkan peralatan kateter dan memasang kateter

Respon : Klien kooperatif, Kateter Ukuran 14, isi balon 15cc, produksi urine dalam urine bag 150ml

11. Pukul 08.25 menganjurkan klien untuk posisi miring

Respon : Klien tidur dengan posisi miring

12. Pukul 08.50 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 168/100 mmHg MAP = 122,6 mmHg Nadi = 82x/mnt Suhu =  $36,8^{\circ}\text{C}$  RR = 20x/mnt

13. Pukul 09.00 mengantarkan klien ke Ruang Operasi dan menganjurkan

klien untuk berdoa agar diberikan kelancaran

14. Pukul 13.05 memindahkan pasien dari ruang Recovery Room ke

Ruang Rosella

15. Pukul 13.15 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 153/95 mmHg MAP =

114,3 mmHg Nadi = 94x/mnt Suhu = 36,0°C RR = 19x/mnt

**Pelaksanaan tanggal 01 Juli 2016**

1. Pukul 08.15 menyapa klien dan keluarga klien, mengucapkan salam, dan menyebutkan nama

Respon : Klien dan keluarga tersenyum dan membalas salam

2. Pukul 08.20 menanyakan keadaan klien

Respon : Klien mengatakan kepala pusing, mual, pergelangan tangan dan punggung kaki bengkak. Klien minum obat Mylanta syrup 1 sendok makan sebelum makan.

3. Pukul 08.25 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 148/95 mmHg MAP =

112,6 mmHg Nadi = 96x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 20x/mnt

4. Pukul 08.30 mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

Respon : sejak pukul 05.00-08.00 intake (infus : 200ml minum air

putih : 400ml) = 600ml, output (produksi urin) = 400ml

$$IWL = 15 \times 55\text{Kg} = 825\text{cc}/24 \text{ jam}$$

$$IWL = 825\text{cc}/24 \text{ jam} = 34\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 34\text{cc} \times 3\text{jam} = 102\text{cc}/3\text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 600\text{ml} - (400\text{ml} + 102\text{ml}) = 48\text{ml}$$

5. Pukul 08.35 mengkaji lokasi dan luas edema

Respon : terjadi edema pada wajah seperti pada area mata, punggung pergelangan tangan kanan-kiri dan kaki kanan-kiri

6. Pukul 08.40 menganjurkan klien untuk membatasi cairan yang masuk dan diet rendah garam

Respon : Klien dan Keluarga kooperatif dan memahaminya, Klien habis 1/2 porsi bubur kasar diet rendah garam yang disediakan oleh RS. Klien juga makan roti.

7. Pukul 08.45 menganjurkan klien untuk mobilisasi bertahap (duduk, berdiri dan berjalan)

Respon : Klien belajar mobilisasi duduk tanpa bantuan dari keluarga

8. Pukul 08.55 meminta ijin melihat buku rekam medis, hasil laboratorium kepada perawat ruangan

9. Pukul 12.00 memberikan injeksi IV Ketorolac 30mg

Respon : Klien kooperatif terhadap tindakan keperawatan dan tidak terjadi alergi obat

10. Pukul 12.05 mengganti cairan infus RD5 500cc

Respon : terpasang cairan infus RD5 500cc dengan tetesan 21 tpm

11. Pukul 13.00 mempersiapkan peralatan untuk aff kateter

Respon : Klien kooperatif, isi balon 15cc

12. Pukul 13.30 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 140/90 mmHg MAP =

106,6 mmHg Nadi = 90x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 21x/mnt.

### **Pelaksanaan tanggal 02 Juli 2016**

1. Pukul 07.15 menyapa klien dan keluarga klien, mengucapkan salam, dan menyebutkan nama

Respon : Klien dan keluarga tersenyum dan membalas salam

2. Pukul 07.20 menanyakan keadaan klien

Respon : Klien mengatakan kepala pusing hilang muncul, punggung kaki kanan dan kiri hanya bengkak sedikit.

3. Pukul 07.30 memonitor vital sign dan MAP

Respon : Tekanan darah didapatkan hasil = 130/80 mmHg MAP = 96,6

mmHg Nadi = 84x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 21x/mnt

4. Pukul 07.35 menimbang BB klien

Respon : Berat badan klien 55 kg

5. Pukul 07.36 mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

Respon : sejak pukul 05.00-07.00 intake (minum air putih dan teh

manis) = 500ml , output (BAK 3X) = 350ml

$IWL = 15 \times 55\text{Kg} = 825\text{cc}/24 \text{ jam}$

$IWL = 825\text{cc}/24 \text{ jam} = 34\text{cc}/\text{jam}$

$IWL = 34\text{cc} \times 2\text{jam} = 68\text{cc}/2\text{jam}$

Balance Cairan (BC) = Intake – (Output+IWL)

$BC = 500\text{ml} - (350\text{ml} + 102\text{ml}) = 82\text{ml}$

6. Pukul 07.40 mengkaji lokasi dan luas edema

Respon : terjadi edema pada punggung pergelangan kaki kanan dan kiri sedikit.

7. Pukul 07.45 menganjurkan klien untuk membatasi cairan yang masuk dan diet rendah garam

Respon : Klien dan Keluarga kooperatif dan memahaminya, Klien

habis 1 porsi nasi diet rendah garam yang disediakan oleh RS dan makan roti.

8. Pukul 07.50 meminta izin melihat buku rekam medis, kepada perawat ruangan

9. Pukul 11.00 memberikan pengetahuan dan paparan informasi ibu hamil tentang cara mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan pre eklamsi berat.

Respon : Klien dan Keluarga memahaminya dan terjadi umpan balik yang baik

10. Pukul 12.00 menganjurkan untuk kontrol ke RS pada tanggal 11 Juli 2016 Pukul 07.00 sesuai dengan advis dokter.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan mengucapkan terima kasih

#### **4.1.7 Evaluasi Keperawatan**

1. **Klien pertama Ny. A 43 tahun sebagai berikut :**

**Evaluasi tanggal 30 Juni 2016 Pukul 20.10 WIB**

Diagnosa keperawatan

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

S : Klien mengatakan pusing

O : Keadaan klien lemah, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, tidak terjadi pembesaran vena jugularis, terjadi edema pada punggung pergelangan tangan kanan-kiri dan kaki kanan-kiri. BB Klien 56 Kg, sejak pukul 10.00-13.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 800ml, cairan yang keluar (output) = 250ml

$IWL = (15 \times 56 \text{ Kg}) / 24 \text{ jam} = 840 \text{ cc} / 24 \text{ jam}$



$$IWL = 840\text{cc}/24 \text{ jam} = 35\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 35\text{cc} \times 3\text{jam} = 105\text{cc}/3\text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 800\text{ml} - (250\text{ml} + 105\text{ml}) = 445\text{ml}$$

Observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil, Tekanan darah = 148/90

mmHg MAP = 109,3 mmHg Nadi = 90x/mnt Suhu = 36,0°C RR =

18x/mnt

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-10 dilanjutkan

#### **Evaluasi tanggal 31 Juni 2016 Pukul 13.00 WIB**

S : Klien mengatakan kepala masih pusing, pergelangan tangan sudah tidak bengkak, hanya punggung kaki kanan.

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 pada punggung pergelangan kaki kanan, sejak pukul 06.00-10.00 Intake (infus : 250ml minum air putih dan teh manis hangat : 250ml) = 500ml , Output (produksi urine) = 250ml.

$$IWL = 15 \times 50\text{Kg} = 750\text{cc}/24 \text{ jam}$$

$$IWL = 750\text{cc}/24 \text{ jam} = 31\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 31\text{cc} \times 4\text{jam} = 124\text{cc}/4\text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 500\text{ml} - (250\text{ml} + 124\text{ml}) = 126\text{ml}$$

Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil ,Tekanan darah = 130/90 mmHg MAP = 103,3 mmHg Nadi = 86x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 20x/mnt, aff kateter pukul 12.20. Klien belajar mobilisasi duduk tanpa bantuan dari keluarga

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,3,4,6,10 dilanjutkan

### **Evaluasi tanggal 01 Juli 2016 Pukul 11.15 WIB**

S : Klien mengatakan kepala sudah tidak pusing, punggung kaki kanan hanya bengkak sedikit.

O : Keadaan klien baik, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, tidak terjadi pembesaran vena jugularis. Edema pada punggung pergelangan kaki kanan sedikit. Klien dan keluarga memahami tentang cara ibu hamil mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan pre eklampsi berat. Sejak pukul 04.00-07.00 Intake (minum air putih dan susu) = 400ml , output (BAK 2X) = 250ml. Berat badan klien 50 kg.

$$IWL = 15 \times 50\text{Kg} = 750\text{cc}/24 \text{ jam}$$

$$IWL = 750\text{cc}/24 \text{ jam} = 31\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 31\text{cc} \times 3\text{jam} = 93\text{cc}/3\text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 400\text{ml} - (250\text{ml} + 93\text{ml}) = 57\text{ml}$$

Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil ,Tekanan darah=  
130/80 mmHg MAP = 96,6 mmHg Nadi = 84x/mnt Suhu = 36,5°C  
RR = 21x/mnt

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 2,10 dilanjutkan

2. **Klien kedua Ny. D 35 tahun sebagai berikut :**

**Evaluasi tanggal 31 Juni 2016 Pukul 13.30 WIB**

Diagnosa keperawatan

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

S : Klien mengatakan pusing

O : Keadaan klien lemah, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, tidak terjadi pembesaran vena jugularis, terjadi edema pada wajah, punggung pergelangan tangan kanan-kiri dan kaki kanan-kiri. BB Klien 61 Kg, sejak pukul 00.00-07.00 asupan cairan yang masuk (intake) = 1000ml, cairan yang keluar (output) = 300ml,

$$IWL = (15 \times 61 \text{Kg}) / 24 \text{ jam} = 915 \text{cc}/24 \text{jam}$$

$$IWL = 915 \text{cc}/24 \text{ jam} = 38 \text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 38 \text{cc} \times 7 \text{jam} = 266 \text{cc}/7 \text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 1000 \text{ml} - (300 \text{ml} + 266 \text{ml}) = 434 \text{ml}$$

Observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil, Tekanan darah didapatkan hasil = 153/95 mmHg MAP = 114,3 mmHg Nadi = 94x/mnt Suhu = 36,0°C RR = 19x/mnt.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-11 dilanjutkan

**Evaluasi tanggal 01 Juli 2016 Pukul 13.45 WIB**

S : Klien mengatakan kepala pusing, mual, pergelangan tangan dan punggung kaki bengkak. Klien minum obat Mylanta syrup 1 sendok makan sebelum makan.

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 pada wajah seperti pada area mata, punggung pergelangan tangan kanan-kiri dan kaki kanan-kiri, sejak pukul 05.00-08.00 intake (infus : 200ml minum air putih : 400ml) = 600ml, output (produksi urin) = 400ml

$$IWL = 15 \times 55\text{Kg} = 825\text{cc}/24 \text{ jam}$$

$$IWL = 825\text{cc}/24 \text{ jam} = 34\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 34\text{cc} \times 3\text{jam} = 102\text{cc}/3\text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 600\text{ml} - (400\text{ml} + 102\text{ml}) = 48\text{ml}$$

Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil ,Tekanan darah = 140/90 mmHg MAP = 106,6 mmHg Nadi = 90x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 21x/mnt , aff kateter pukul 13.00. Klien belajar mobilisasi duduk tanpa bantuan dari keluarga

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,3,4,6,7,11 dilanjutkan

### **Evaluasi tanggal 02 Juli 2016 Pukul 12.15 WIB**

S : Klien mengatakan kepala pusing hilang muncul, punggung kaki kanan dan kiri hanya bengkak sedikit.

O : Keadaan klien baik, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, tidak terjadi pembesaran vena jugularis, terjadi edema pada punggung pergelangan kaki kanan dan kiri sedikit. Intake (minum air putih dan teh manis) = 500ml , Output (BAK 3X) = 350ml Berat badan klien 55 kg. Klien dan keluarga memahami tentang cara ibu hamil mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan pre eklamsi berat. sejak pukul 05.00-07.00 intake (minum air putih dan teh manis) = 500ml , output (BAK 3X) = 350ml

$$IWL = 15 \times 55\text{Kg} = 825\text{cc}/24 \text{ jam}$$

$$IWL = 825\text{cc}/24 \text{ jam} = 34\text{cc}/\text{jam}$$

$$IWL = 34\text{cc} \times 2\text{jam} = 68\text{cc}/2\text{jam}$$

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

$$\text{BC} = 500\text{ml} - (350\text{ml} + 102\text{ml}) = 82\text{ml}$$

Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil ,Tekanan darah = 130/80 mmHg MAP = 96,6 mmHg Nadi = 84x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 21x/mnt

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 2,11dilanjutkan

## **4.2 PEMBAHASAN**

Setelah mempelajari teori dan melaksanakan asuhan keperawatan klien pada pre eklamsi berat di RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya maka dalam bab ini penulis akan mengungkapkan kesenjangan-kesenjangan yang diuraikan sesuai dengan langkah-langkah dalam proses keperawatan.

### **4.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama (Ny. A) dan tinjauan kasus kedua (Ny. D) di dapatkan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dimana tinjauan teori ditemukan masalah kelebihan volume cairan (Reeder, 2011; Mitayani, 2011). 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. A, mengatakan datang ke Poli Kandungan RSI Darus Syifa' Benowo pada tanggal 30 Juni 2016 pukul 13.00, usia kehamilan 39 minggu dengan keluhan pasien mengatakan perut kenceng-kenceng disertai pusing pada dahi, tekanan darah tinggi dan bengkak pada pergelangan tangan dan kaki. Berdasarkan pengkajian didapatkan data objektif kesadaran apatis (acuh tak

acuh), klien nampak cemas, pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah : 170/100 mmHg Nadi = 72x/mnt Suhu = 36,2°C RR = 20x/mnt, pemeriksaan VT ditemukan pembukaan 2cm, pemeriksaan DJJ didapatkan hasil 140x/mnt.

Sedangkan klien kedua yang bernama Ny. D didapatkan data, klien mengatakan datang ke Kamar Bersalin RSI Darus Syifa' Benowo pada tanggal 31 Juni 2016 pukul 06.30 usia kehamilan diperkirakan 40 minggu dengan keluhan pasien mengatakan perut kenceng-kenceng, badan lemas, tekanan darah tinggi, bengkak pada wajah, pergelangan tangan dan kaki. Berdasarkan pengkajian didapatkan data objektif kesadaran apatis (acuh tak acuh), klien nampak gelisah, pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah : 185/100 mmHg Nadi = 80x/mnt Suhu = 36,5°C RR = 21x/mnt, pemeriksaan VT ditemukan pembukaan 4cm. pemeriksaan VT ditemukan pembukaan 2cm, pemeriksaan DJJ didapatkan hasil 148x/mnt.

Pada keluhan utama tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua yaitu mengalami tekanan darah tinggi dan oedem pada tangan dan kaki, cemas, gelisah dan dalam tinjauan teori ditemukan adanya masalah kelebihan volume cairan (Herdman, 2015). 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 risiko penurunan perfusi jaringan menurun jantung (Herdman, 2015).

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan teori diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami pre eklamsi berat berdasarkan (Herdman, 2015) adalah sebagai berikut :

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Risiko penurunan perfusi jaringan jantung yang berhubungan dengan hipovolemia
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang faktor pemberat
4. Ansietas yang berhubungan dengan ancaman pada status terkini, perubahan besar (status kesehatan)
5. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi

Namun, tidak semua diagnosa muncul dalam tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pertama Klien pertama Ny.A / 43 tahun pada ibu pre eklamsi berat ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini
3. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi



Sedangkan pada tinjauan kasus kedua Klien kedua Ny D / 35 tahun pada ibu pre eklampsi berat ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang faktor pemberat
3. Risiko Infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini

Berdasarkan kedua kasus sesuai dengan tinjauan pustaka, karena setiap ibu dengan pre eklampsi berat memiliki masalah kelebihan volume cairan oleh karena itu diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus klien.

#### **4.2.2 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah kelebihan volume cairan pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk terjadi keseimbangan volume cairan selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil terbebas dari edema, efusi dan anasarka, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu, 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°C - 37,5°C.

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

untuk kelebihan volume cairan yaitu pertahankan catatan intake dan output yang akurat, kaji lokasi dan luas edema, monitor vital sign dan MAP tiap 2 jam, timbang berat badan klien secara rutin setiap pagi, batasi masukan cairan dan diet rendah garam, anjurkan posisi miring, berikan oksigen sesuai program, berikan cairan IV sesuai program, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat diuretik. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama ataupun kedua yang mana tujuan dari perencanaan keperawatan dapat menurunkan tekanan darah, pencatatan yang akurat intake dan output, dan edema pada klien (Hardi A, 2015).

Perencanaan keperawatan pada tinjauan kasus klien pertama Ny. A tidak mengalami fetal distress hasil DJJ dalam batas normal pada perencanaan tidak mendapatkan terapi oksigen, pada klien kedua Ny. D mengalami fetal distress pada perencanaan mendapatkan terapi oksigen 3lpm.

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien dan perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan.

#### **4.2.3 Pelaksanaan Keperawatan**

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan dilahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart operasional prosedur

(SOP) Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Benowo 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 pre eklamsi berat mengikuti standart operasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Benowo.

Pada pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada masalah kelebihan volume cairan yaitu dengan melakukan diet rendah garam, membatasi asupan cairan yang berlebihan dan memantau edema pada tubuh klien. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi terjadinya edema paru, sampai dengan sianosis. (Reeder, Martin & Griffin, 2011).

Pada pelaksanaan tindakan perawatan selanjutnya pada tinjauan kasus pertama mengobservasi tanda-tanda vital dan MAP untuk mengetahui keadaan kardiovaskuler klien, mempertahankan catatan intake dan output yang akurat untuk mengetahui adanya keseimbangan cairan pada klien, mengkaji lokasi dan luas edema yang bertujuan untuk mengetahui keadaan cairan dalam tubuh klien, menganjurkan klien untuk membatasi cairan yang masuk dan diet rendah garam yang bertujuan agar tidak terjadi keparahan pada klien sehingga tidak terjadi penimbunan cairan yang berlebihan, dan menganjurkan klien untuk mobilisasi bertahap agar klien mampu beraktivitas secara bertahap. Sedangkan pada tindakan perawatan pada tinjauan kasus kedua pelaksanaan mengobservasi tanda-tanda vital dan MAP untuk mengetahui keadaan kardiovaskuler klien, mempertahankan catatan intake dan output yang akurat untuk mengetahui adanya keseimbangan cairan pada klien, mengkaji lokasi dan luas edema yang bertujuan untuk mengetahui keadaan cairan dalam tubuh klien, menganjurkan klien untuk

membatasi cairan yang masuk dan diet rendah garam yang bertujuan agar tidak terjadi keparahan pada klien sehingga tidak terjadi penimbunan cairan yang berlebihan, dan menganjurkan klien untuk mobilisasi bertahap agar klien mampu beraktivitas secara bertahap.

#### **4.2.4 Evaluasi**

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung kepada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak di lakukan evaluasi. Evaluasi pada setiap diagnose keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pada pasien pertama masalah teratasi sebagian dari jangka waktu yang ditargetkan, yaitu 3x24 jam. Evaluasi pada tanggal 30 Juni 2016 masalah belum teratasi dan rencana dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7, dan 8. Evaluasi pada tanggal 31 Juni 2016 masalah teratasi sebagian dan rencana dilanjutkan 1,2,3,4,6 dan 10. Evaluasi pada tanggal 01 Juli 2016 masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan dilanjutkan 2 dan 10. Pada pasien kedua masalah teratasi sebagian dari jangka waktu yang ditargetkan, yaitu 3x24 jam. Evaluasi pada tanggal 31 Juni 2016 masalah belum teratasi dan rencana dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 dan 11. Evaluasi pada tanggal 01 Juli 2016 masalah teratasi sebagian dan rencana

dilanjutkan 1,2,3,4,6,7, dan 11. Evaluasi pada tanggal 02 Juli 2016 masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan dilanjutkan 2 dan 11.

Evaluasi pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena tidak ada klien secara nyata sehingga tidak mungkin dilakukan evaluasi dari rencana tindakan, sedangkan pada tinjauan kasus catatan perkembangan sudah dibuat berdasarkan pengamatan keadaan klien atau menanyakan langsung pada keluarga klien.

Pada pre eklamsi berat disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pada kelebihan volume cairan dengan mengkaji adanya intake dan output secara akurat dan memantau luas dan lokasi edema (Mitayani, 2011).